22

Recherche

La face cachée du système

Jacques T. Godbout,
Murielle Leduc,
Jean-Pierre Collin

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

22

Recherche

La face cachée du système

Jacques T. Godbout,
Murielle Leduc,
Jean-Pierre Collin

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08468-7

LA FACE CACHÉE DU SYSTÈME

Jacques T. Godbout
Murielle Leduc et Jean-Pierre Collin

Avec la participation de
Francine Gendron et Pierre Pagé

Conception et direction du projet :
Jacques T. Godbout et Jérôme Guay

Rapport présenté à la Commission d'enquête
sur la santé et les services sociaux par
l'Institut national de la recherche scientifique, Montréal
1987

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR À LA RECHERCHE

Madame Annette Benoît
Centre de formation et d'atelier communautaire du Québec (CEFACQ)

Monsieur André Girard
Confédération des organismes provinciaux pour les personnes handicapées

Monsieur Florian Jutras
Président du conseil d'administration
CLSC Montréal-Nord

Madame Françoise Marchand
Forum des citoyens âgés de Montréal

Madame Pierrette Rondeau
Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Je remercie d'abord les membres de l'équipe dont on doit souligner l'interdisciplinarité, voire l'hétérogénéité : psychologue, auteur d'un ouvrage sur le professionnel face à l'aide naturelle; ex-cadre supérieur dans le réseau des Affaires sociales; ex-animateur social; politologue; chercheur et étudiant en histoire. Nous nous rejoignions tous dans cet intérêt et cette motivation pour trouver des moyens pour que la population ait son mot à dire dans les services de santé et les services sociaux qui lui sont dispensés. Lise Brassard a effectué des entrevues et participé à plusieurs réunions. Elle n'a malheureusement pu se joindre à l'équipe de façon régulière.

À chaque lecture de nos documents de travail, Marc Renaud présentait des commentaires qui relançaient l'analyse et la réflexion.

Mireille Barrette a travaillé sans compter (les cassettes et les textes, les versions illisibles et répétitives, voire même non pertinentes..., les phrases non structurées, les fautes d'orthographe, le manque de discipline, sans parler de l'encadrement des assistants...) à la réalisation de ce rapport.

Les membres du comité aviseur ont fourni des commentaires précieux qui ont permis de préciser l'orientation du projet et le contenu du rapport.

Toute l'équipe de la Commission nous a fourni la collaboration la plus complète.

Enfin, les personnes rencontrées nous ont consacré souvent plus de trois heures. La qualité des échanges a souvent été impressionnante. De telles rencontres dépassent le cadre du présent rapport et affectent parfois le cheminement personnel de chacun. Nous les remercions de tout coeur, de même que plusieurs amis qui, sans le savoir, ont nourri la présente réflexion. Car lorsqu'on entre en contact avec l'univers des organismes communautaires, on découvre combien de personnes, souvent près de nous, ont été, à un moment ou l'autre de leur vie, soutenues, aidées par ce réseau, sans qu'on l'ait su auparavant. Jamais une recherche n'a-t-elle suscité autant d'intérêt chez les personnes extérieures au monde de la recherche, produisant ainsi un effet multiplicateur qui est peut-être une caractéristique essentielle de ce réseau. Comme l'affirme Vincent Lemieux, on ne peut étudier les réseaux communautaires sans finir par voir le monde autrement.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction : L'USAGER EXISTE-T-IL ? 5

Première partie : L'ÉVALUATION PAR LES USAGERS ET LE RÔLE DES USAGERS 11

Chapitre 1 : Bref rappel historique 12

Chapitre 2 : La représentation des usagers 18

Chapitre 3 : L'évaluation par les usagers 41

Deuxième partie : LES RELATIONS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS ET LES ORGANISMES DU MILIEU 62

Chapitre 4 : L'évaluation des relations 63

Chapitre 5 : Des relations réussies 84

Chapitre 6 : Les deux approches globales : le communautaire et l'appareil 102

Conclusion : LA DÉCENTRALISATION VOLONTAIRE 129

OUVRAGES CITÉS 159

ANNEXE 1 : Analyse des expériences réussies

ANNEXE 2 Sélection des organismes et cueillette de données

Introduction

L'USAGER EXISTE-T-IL ?

- *«Qui représentez-vous ?»*
- *«Personne. Nous sommes des usagers.»*[1]

L'usager existe-t-il ? Peut-il influencer la nature et la façon de rendre des services dans le domaine de la santé et des services sociaux ? Non, répondent la plupart des observateurs qui, entendant le mot «usager», pensent aussitôt à «participation des usagers» et concluent à son inefficacité. Avec raison. Au Québec ou ailleurs, les études ont montré que les mécanismes de participation mis sur pied ont rarement donné des résultats significatifs (Godbout, 1983). «Despite an increase of citizen participation at local levels during the 1960s-1970s, a growing literature indicates that these efforts are having only a limited impact» (Crosby, et al., 1986, p. 170).

Mais faut-il en conclure que les utilisateurs de services de santé et de services sociaux sont des êtres purement passifs qui se laissent manipuler aveuglément ? Parce que les usagers ont rapidement délaissé un ensemble de moyens (souvent des gadgets) que les organisations leur proposaient, les considérant inutiles parce que sans pouvoir, faut-il conclure qu'ils ont accepté de se laisser définir dans le statut d'incompétent que leur prête l'idéologie technocratique et professionnelle ? Faut-il croire qu'ils ont cessé d'évaluer les services qu'on leur dispense et de réagir en fonction des résultats ?

---

1. Extrait de la revue Mainmise, rapporté par Andrée Fortin, 1985, p. 35.

Non. Ils ont évalué les services, ils ont réagi; mais par d'autres moyens que la participation. La reconnaissance légale des chiropraticiens en 1971, qu'un article récent de la revue Recherches sociographiques attribue en partie à l'appui populaire à la chiropratique[1]; le développement récent des médecines parallèles; les procès pour «malpractice»; la multiplication des organismes volontaires dans le secteur de la santé et des services sociaux, qui s'auto-organisent et se donnent des services que les organisations officielles ne procurent pas de façon satisfaisante; la multiplication des associations de défense des usagers dans plusieurs secteurs et les nombreux gains obtenus récemment par les associations d'handicapés; les pressions sur le député pour qu'un CLSC donne certains services; et même l'échec récent de la grève des médecins en Ontario parce qu'elle n'était pas soutenue par la population. Que faut-il de plus pour admettre que la population, en tant qu'usager, porte un jugement, agit et exerce une influence importante sur l'évolution des services ?[2]

Donc l'usager existe et il vaut la peine de se demander s'il ne pourrait pas entretenir des liens plus étroits avec les services officiels qu'on lui dispense. Il vaut la peine de lui demander comment il les évalue, comment les mécanismes actuels qui lui permettent de jouer un rôle pourraient être améliorés, et de faire le postulat que son évaluation est aussi valable que celle des experts et des autres intervenants. Il vaut la peine de lui

---

1. L'auteur fait l'hypothèse que : «Si les chiropraticiens ont pu se perpétuer en tant que groupe malgré les anathèmes dont ils faisaient l'objet, c'est principalement parce qu'ils ont su se construire une audience importante.», Harvey, 1986, p. 237.
2. Nous ne croyons donc pas, comme l'éditorialiste du Devoir Jean Francoeur que, «pour faire la démonstration (de l'apport de la population sur l'évolution des soins de santé), il y aurait lieu d'appliquer les principes de cette nouvelle (sic) discipline qui a nom «sociologie des organisations»!!... (Francoeur, dans Association pour la santé publique du Québec, novembre 1986, p. 51).

demander comment il s'organise lorsqu'il décide de dispenser lui-même des services parallèlement au réseau officiel. Qu'est-ce qu'il considère important ? C'est ce que nous avons voulu faire.

À cette fin nous avons rencontré 101 personnes entre juin et décembre 1986, dans 6 régions différentes : 61 représentants d'organismes volontaires et 40 représentants d'usagers dans tous les types d'établissements.
La méthodologie, la sélection des répondants, le contenu de l'entrevue sont présentés en annexe. En un mot : après avoir établi les critères de sélection, nous avons procédé par itération et effectué des entretiens semi-dirigés. Malgré la variété des situations géographiques, des milieux, des caractéristiques personnelles des répondants, nous avons rapidement atteint une saturation dans les réponses, autant du côté des réprésentants des usagers que des responsables d'organismes. De plus, suite à l'identification par eux de certaines expériences réussies de relations entre un établissement et un ou plusieurs organismes du milieu, nous avons procédé à de brèves monographies de six expériences[1]. Trente (30) entrevues supplémentaires ont été effectuées dans ce cadre.

Nous rendons compte de ces entretiens dans les pages qui suivent. Précisons que même si de nombreux extraits sont reproduits dans le rapport, il ne s'agit pas d'une simple compilation. Les réponses sont interprétées dans un cadre plus général. Nous ne cachons pas que cette démarche nous place dans une position inconfortable. Face aux experts, nous affirmons dans cette recherche qu'il vaut la peine de connaître l'expertise des premiers concernés : les usagers. Mais nous jouons le rôle d'experts, car c'est nous qui

---

1. Chapitre 5. L'analyse détaillée de ces expériences fait l'objet d'une annexe importante, rédigée en majeure partie par Jean-Pierre Collin.

les interprétons, qui avons le dernier mot sur eux. «Normalement» ce travail aurait dû être effectué sous le contrôle de représentants d'usagers et remis à eux.

Malgré tout, nous avons tenté d'être le moins incohérent possible, de différentes façons, bien imparfaites. Car pour compenser l'absence de contrôle des usagers, nous avons formé un comité aviseur composé uniquement de représentants des groupes et des usagers. Autrement dit, nous avons utilisé les mécanismes de participation que nous dénonçons !

Nous avons aussi tenté d'utiliser un langage compréhensible. Aux Iles de la Madeleine, lorsqu'un madelinot parle avec quelqu'un de l'extérieur, il change son langage. On dit alors qu'il «parle à la grandeur». Dans ce rapport nous avons tenté de sortir du vocabulaire du réseau des Affaires sociales, de ne pas utiliser de sigles connus à «l'interne» seulement, ni de termes qui sont propres à la «culture organisationnelle du réseau», comme on dit. L'impudeur avec laquelle des technocrates - surtout ceux des Conseils régionaux - étalent un jargon qui ne devrait normalement servir que pour les communications internes à l'organisation, est de plus en plus dénoncée. Nous avons le plus possible tenté de «parler à la grandeur». À tout le moins les mots qu'on utilise sont dans le dictionnaire et nous évitons ainsi ce reproche d'une des personnes rencontrées :

> «À ma première réunion du conseil d'administration y a beaucoup de mots que je ne connaissais pas. Je les prenais en note pour regarder dans le dictionnaire en revenant à la maison. Inutile ! Souvent c'était même pas dans le dictionnaire !» (Représentante des usagers dans un CLSC.)

* * * * * *

En 1966, deux sociologues américains publiaient un remarquable article dans l'American Sociological Review portant sur la relation entre les organisations modernes et leurs clients, et sur les conditions pour que ces organisations tiennent compte des clients. Ils écrivaient :«The substitution of what may be called «humanitarian» values for purely economic and administrative considerations will eventually demand organizational responsiveness to an ethic of services rather than to one of efficiency» (Lefton and Rosengren, 1966, p. 802).

Cette constatation demeure encore aujourd'hui aussi vraie qu'il y a 20 ans : pour introduire le client dans un réseau d'organisations aussi fermé sur lui-même, des changements dans les attitudes et dans les valeurs sont indispensables. Mais cela est peut-être plus possible aujourd'hui. Récemment, Augustin Roy disait à des étudiants en médecine qu'ils sont «absolument égoïstes» et faisait appel à des valeurs humanistes. (Continuum, 1987, p. 13). Il y a 20 ans, au coeur de la Révolution tranquille, aurait-il été pensable qu'un président de la Corporation des médecins du Québec tienne un pareil langage qui, comme on le verra, rejoint celui des représentants d'usagers rencontrés... La foi tranquille en l'approche techno-professionnelle qui a caractérisé les dernières décennies est aujourd'hui ébranlée. C'est seulement dans ce contexte que «the non-scientific ideologies, practices, theories, traditions can become powerful rivals and can reveal major shortcomimgs of science if only they are given a fair chance to compete» (Feyerabend, 1982, p. 103).

Première Partie

L'ÉVALUATION PAR LES USAGERS

ET

LE RÔLE DES USAGERS

Chapitre 1 : BREF RAPPEL HISTORIQUE

«Les professionnels ignorent l'histoire»
(extrait d'entrevue)

Ce rapport vise à présenter la vision du système socio-sanitaire que se font les usagers et les organismes du milieu. Dans ce contexte il n'est pas sans intérêt de se demander ce que les citoyens avaient demandé, par rapport à ce qu'ils ont reçu. Comment ont-ils évalué les services dans le passé ? Sans procéder à une analyse historique, certains jalons peuvent permettre une mise en perspective des résultats présentés dans les chapitres suivants et l'identification de certaines constantes dans les jugements portés par les utilisateurs des services de santé et de services sociaux au Québec.

Rappelons d'abord une évidence : le régime universel d'assurance santé qui est assuré actuellement par la carte d'assurance-maladie correspond à une demande de la population. Cette demande avait été faite par un nombre important de groupes, longtemps avant que le système soit implanté. Il n'en est toutefois pas de même des structures qui ont été mises sur pied en même temps que l'implantation de ce régime. Le contraste est frappant. Pour aller au plus bref, on peut ne pas tenir compte ici des hôpitaux, qui ont changé de nom[1], mais qui existaient avant la réforme des Affaires sociales. Par ailleurs nous ne connaissons pas d'étude sur les centres d'accueil, qui comparerait entre les organismes

---

1. Afin d'uniformiser les noms de tous les types d'établissement (et peut-être aussi parce qu'ils avaient un «faible» pour le mot «centre»...) les auteurs de la réforme ont décidé que dorénavant un hôpital s'appellerait «centre hospitalier».
2. On doit cependant mentionner ici l'excellente étude des centres d'accueil effectuée par Astrid Lefebvre-Girouard, 1986.

qui existaient avant la réforme et ce qui les a remplacés[2]. Ici encore, il est probable que la population souhaitait une intervention publique dans de nombreux centres privés, sans nécessairement être d'accord sur le mode de fonctionnement de ces nouveaux organismes.

Restent les CLSC et les centres de Services sociaux[1]. En ce qui concerne les CLSC, on peut se référer d'une part aux représentations qui avaient été faites en commission parlementaire, d'autre part à des études antérieures que nous avons effectuées.

Dans un rapport sur l'implantation des CLSC au début des années '70, on peut lire le passage suivant :

> «Les représentants des groupes de citoyens à la commission parlementaire des Affaires sociales sont unanimes dans l'expression d'un désir de prendre en main leurs affaires, dans le rejet d'un système de services qui leur est étranger. En fait ces groupes ne sont pas intéressés à l'ensemble des questions touchant le Bill 65 (la loi créant le système actuel des Affaires sociales). Ils sont venus expliquer pourquoi, à leurs yeux, l'accessibilité des services aux populations défavorisées devrait se traduire par le contrôle des moyens contrôlant le choix des priorités.» (Godbout et Martin, 1974, p. 37-38)

L'analyse du processus d'implantation des CLSC confirme entièrement les représentations en commission parlementaire.

> «Dans le secteur de la santé, ... les exigences posées par les cliniques pendant le processus d'implantation montrent que c'est d'abord le contrôle de l'activité professionnelle par un conseil d'administration composé en majorité de citoyens élus qui constitue la principale exigence des citoyens.» (Idem, p. 300)

---

1. En ce qui concerne les conseils régionaux, ni la population ni la commission Castonguay n'avaient recommandé d'en faire un instrument d'exécution des politiques du ministère ou de coordination des établissements, ce que les CRSSS sont pratiquement devenus. Du moins c'est leur fonction principale.

La situation est différente dans les services sociaux. Dans ce secteur «le ministère souhaite la participation des citoyens à ses CLSC, alors que les groupes populaires désirent que, par les CLSC, le ministère participe à leur organisme, que le CLSC en soit le lieu de regroupement.» (Idem, p. 303). Il est intéressant d'ajouter que ce modèle, fort éloigné des CLSC, était par ailleurs très près des vues de la commission Castonguay elle-même qui recommandait, dans le secteur des services sociaux, la création de centres communautaires non intégrés au système de santé, dont «le conseil d'administration est élu par la population du territoire concerné» (rapport de la Commission, cité par Godbout et Martin, p. 304).

Voilà pour les CLSC. Qu'en est-il de l'autre type d'établissement nouveau, les centres de Services sociaux ? Ils ont été inventés à Montréal à partir du modèle de la plus grosse agence de service social du Québec. Elle comprenait de nombreuses filiales, dont certaines récentes. En effet, certaines agences locales de service social s'étaient affiliées par crainte d'être contrôlées par la population du quartier. À l'époque, ces agences fonctionnaient souvent au ralenti. Ainsi, selon Lesemann et Thiénot (rapporté dans Godbout et Martin, 1974, p. 155), une agence, située pourtant dans un quartier très défavorisé, recevait en moyenne trois clients par travailleur social par semaine. Le fonctionnement de plusieurs de ces agences était à cette époque menacé par les groupes de citoyens. Il existait, dans les organismes communautaires, un anti-professionnalisme qui conduisait souvent à rejeter les professionnels et à vouloir prendre leur place, sans cependant savoir précisément par quoi on voulait les remplacer. Plusieurs agences avaient ainsi été contrôlées par des groupes populaires et transformées en maisons de quartier ou centre communautaire, dont la durée fut la plupart du temps assez brève (cet épisode de l'histoire des services

sociaux au Québec est décrit et analysé dans Godbout et Martin, 1974, et Godbout et Collin, 1977).

Traumatisés par cette expérience, les cadres et les professionnels du travail social craignaient l'arrivée des CLSC. La perspective de se retrouver coincés entre les médecins et la population, qu'on imaginait puissante dans ces organismes, ne les enchantait guère. Comme toutes les autres professions, ils souhaitaient plutôt profiter de la réforme pour asseoir leur statut professionnel. Pour leur part, les auteurs de la réforme, à Québec, ne savaient trop comment intégrer le service social à leur organigramme. C'est dans cette conjoncture qu'on est passé des agences de service social aux centres de services sociaux[1]. On a imaginé cette institution qui serait responsable des services sociaux de deuxième ligne. À l'image des services de santé, on y retrouvait les «spécialistes» des services sociaux. Mais comme on avait jamais concrètement défini ce qu'était un spécialiste des services sociaux, la grande majorité des travailleurs sociaux se sont retrouvés dans cet établissement, à l'abri à la fois de la population et des médecins, et convaincus d'avoir aussi considérablement conforté leur statut professionnel.

En fait, à l'exception des cadres et des professionnels, personne ne désirait de cette institution. Or, non seulement l'a-t-on imposée à la population montréalaise, mais en outre le gouvernement l'a répandue dans toute la province, au nom du principe sacré, à l'époque, de l'uniformité des structures. Les Centres de services sociaux constituaient donc une sorte de refuge des travailleurs sociaux, menacés d'une part par l'intégration dans les CSLC des services sociaux à la santé, d'autre part par un

---

1. C'est à cette époque qu'on est passé du «service social», affaire de femmes et souvent de religieuses, aux «services sociaux» profession de plus en plus masculine et «scientifique».

mouvement de remise en question de leur pratique dans de nombreux quartiers.

On peut donc dire que contrairement au régime d'assurance-santé, ni les CLSC ni les CSS n'ont correspondu à une demande de la population. La population a plutôt exprimé à leur égard son désaccord quant à l'existence de ces institutions.

Ceci étant, dans une première phase, à la différence des centres de services sociaux, une certaine influence de la population locale a existé dans les CLSC, par l'intermédiaire des comités d'implantation. Lorsque les usagers étaient ainsi présents, dans quel sens et sur quel aspect des services ont-ils surtout insisté ? Une étude effectuée en '76 dans 7 CLSC de la région montréalaise arrivait aux conclusions suivantes. C'est essentiellement sur l'accessibilité que les représentants des usagers ont exercé une influence. «De façon générale, plus les citoyens ont du pouvoir dans les CLSC, plus les heures d'ouverture sont étendues.» (Divay et Godbout, 1979, p. 226). Cette insistance sur l'accessibilité se traduisait principalement par : les réticences des représentants à la tendance des employés à fixer des populations cibles; l'importance accordée à la publicité des services; l'insistance sur la multiplication des points de services plutôt que de regrouper les services dans un seul édifice; les heures d'ouverture; la demande d'aide d'urgence à domicile, (Idem, p. 225-226).

* * * * * *

L'intérêt de ce bref rappel historique apparaîtra dans les chapitres suivants. Il permettra de montrer une certaine continuité ou, au contraire, de faire apparaître certains changements qui ont pu se produire dans l'expression des demandes

des usagers et des organismes à l'égard des services sociaux et de santé. Il permettra aussi de montrer l'évolution des attitudes des organismes communautaires vis à vis le professionnalisme et les établissements publics. Cette profondeur historique est nécessaire pour porter un jugement sur les pratiques et les résultats actuels.

Il semble bien de toute façon que les usagers ne sont pas toujours ignorants, et qu'ils savent souvent ce qu'ils veulent. Ouverture le soir des CLSC, extension des services à l'ensemble de la population, services d'urgence à domicile : sauf erreur, ces demandes des usagers, il y a 10 ans, ce sont exactement les priorités actuelles d'une grande partie des CLSC. Ce bref rappel historique montre donc qu'il n'est pas sans intérêt de recueillir l'évaluation des usagers, ne serait-ce que pour pouvoir faire de la prospective... Cela n'a rien d'étonnant. Ainsi, des chercheurs américains faisaient récemment une évaluation comparative des meilleurs moyens pour prévoir l'inflation. Suite à un examen des méthodes les plus sophistiquées développées par les universités les plus prestigieuses, ils concluaient que, finalement, de toutes ces méthodes, les sondages auprès des ménages constituaient le meilleur prédicteur (Gramlich, 1983).

Chapitre 2 : LA REPRÉSENTATION DES USAGERS

Comment les intérêts, les demandes, les problèmes des utilisateurs des services des établissements du réseau des Affaires sociales sont-ils transmis, reçus, interprétés, transformés en service ? Pour parler plus simplement : comment les établissements répondent-ils aux demandes de leurs clients ?

Le législateur a prévu certains mécanismes politiques spécifiques à chaque établissement, et une institution régionale, un conseil qui devait véhiculer les demandes de la population. Comme ce sont des organismes publics à autonomie restreinte, les pressions directes sur le pouvoir politique par l'intermédiaire du député, de l'opinion publique ou du cabinet du Ministre constituent aussi une façon de véhiculer les demandes. Combinées aux mécanismes de représentation des usagers propres à chaque établissement, c'est dire l'importance, dans ce qu'on appelle le réseau des Affaires sociales, des canaux politiques. Alors que, chez les médecins de pratique privée, c'est la pression directe de la demande qui va les conduire à ouvrir les fins de semaine, ou à ouvrir une clinique spécialisée dans les MTS, dans les établissements, cette pression sera médiatisée, elle passera par des moyens institutionnels, politiques.

C'est du moins ce que le législateur avait prévu. Comment cela fonctionne-t-il en réalité ? C'est à cette question que ce chapitre veut répondre.

Cette recherche ne porte que sur le réseau d'établissements et non pas sur l'ensemble des autres services de santé et de services sociaux privés ou semi-privés, tels les polycliniques, régis en partie par le mécanisme du marché.

Il s'agit donc de l'ensemble des institutions pour lesquelles le législateur a prévu des mécanismes politiques, en l'absence de mécanisme marchand. Cette absence n'est pas totale. Certes la gratuité complète de ces services, de même que le fait, contrairement aux polycliniques, que le revenu des employés ne soit pas lié au nombre et à la qualité des services qui sont rendus aux clients éloignent beaucoup les établissements d'un modèle marchand. De même la tendance à ne pas permettre à un usager d'aller dans un établissement qui n'est pas sur son territoire. Mais il reste un certain mécanisme marchand dans la mesure où les établissements sont souvent en concurrence avec les polycliniques, les médecines alternatives ou les organismes communautaires. D'ailleurs ce moyen est utilisé souvent par les usagers puisque plusieurs répondants, lorsqu'on leur demande pourquoi les usagers ne viennent pas se plaindre lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, affirment qu'ils vont ailleurs, tout simplement.

Il n'en reste pas moins que c'est principalement par des mécanismes institutionnels et politiques que la clientèle peut faire connaître ses réactions, ses besoins, ses exigences. Car l'absence de clients ne pénalise pas directement le producteur de services. Outre les mécanismes politiques traditionnels (téléphone au député, au cabinet du ministre, opinion publique, etc.) la représentation des intérêts des usagers se fait de deux façons qui seront successivement examinées :

1° par les représentants des usagers au conseil d'administration;
2° par certains relais institutionnels comme les comités de bénéficiaires, ou encore, dans un cas, un conseil des usagers rattaché à un établissement; enfin par les associations volontaires de défense des intérêts des usagers.

Légalement elle devait aussi se faire par le Conseil régional de la santé et services sociaux. Mais cette institution ne remplit qu'exceptionnellemeent ce rôle. Les principales relations entre le milieu et les conseils régionaux ont pour objet le financement des organismes communautaires.

1. LA REPRÉSENTATION DANS LES CONSEILS D'ADMINISTRATION

La représentation des usagers et des bénéficiaires dans les conseils d'administration des établissements existe depuis 15 ans, tout en ayant subi quelques modifications. Cela est unique. Il suffit pour s'en convaincre de voir les réactions des observateurs des autres pays lorsqu'on leur décrit cette structure. Et pourtant l'apport de ces individus a été peu étudié. Lorsque des chercheurs se sont penchés sur ce mécanisme, ils ont été plus intéressés par les caractéristiques socio-économiques des représentants, par leur mode de nomination que par le rôle qu'ils pouvaient jouer. De façon générale on considère que ce rôle est négligeable (voir Julien, Eakin, 1984). À l'exception des recherches de Divay et Godbout (1979) portant sur les CLSC, on a considéré que cette expérience était négative. On a même interprété de façon douteuse des résultats de ces recherches pour en arriver à une telle conclusion. Bien plus, les auteurs du rapport Gobeil semblent tout simplement ignorer que les conseils d'administration des établissements des affaires sociales comprennent des usagers... Ils ignorent le phénomène de la représentation en le réduisant à un problème de compétence administrative[1].

Dans cette étude, pour la première fois[2], nous avons fait parler des représentants de tous les types d'établissements dans 6 régions. Nous leur avons fait décrire leur rôle, évaluer leur apport, identifier ce qui les empêche de remplir ce rôle, porter un jugement global sur ce mécanisme et les façons éventuelles de l'améliorer.

---

1. À ce sujet voir Godbout, (1987).
2. L'étude du C.R.D.P. (Lajoie et al., 1987, à paraître) aborde aussi ce thème, principalement sous forme d'une échelle de satisfaction quant à leur pouvoir.

Le phénomène de la représentation politique est polyvalent et difficilement cernable (Godbout, 1987, chap. 3). Il se réalise de toutes sortes de façons, formelles et informelles. On peut examiner les représentants dans les conseils d'administration en considérant les aspects suivants :

- On peut d'abord se demander quelle est leur représentativité sociale : ont-ils les mêmes caractéristiques socio-économiques que les utilisateurs ? Sont-ils près des problèmes des usagers ?

- Il y a aussi la représentation politique proprement dite : ont-ils été élus par les usagers, ou nommés, par combien d'usagers, par quels groupes ? Ont-ils des mandats précis ?

- Il importe enfin de considérer la représentation fonctionnelle : pratiquement, ont-ils des relations fréquentes avec les utilisateurs ? Les clients utilisent-ils leurs représentants pour faire cheminer leurs demandes dans l'organisation ?

Tout ceci concerne la relation entre le représentant et ceux qu'il doit représenter. Dans un deuxième temps, on doit examiner comment cette représentation s'effectue dans les établissements, par quels moyens. Autrement dit, après avoir vu les relations entre les représentés et le représentant, il faut voir la relation entre le représentant et l'organisation : comment conçoit-il ce rôle ? Comment s'intègre-t-il dans les conseils d'administration ? Transmet-il la demande des usagers à l'organisation ? Comment joue-t-il son rôle, quel pouvoir a-t-il pour le remplir ? De quels moyens dispose-t-il ?

Enfin : tout cela donne-t-il des résultats ? Quels changements peut-on leur attribuer, quels nouveaux services, quels services sont-ils maintenus que l'établissement aurait voulu supprimer ? Nous verrons successivement les trois phases de ce processus.

1.1 Les relations usagers-représentants

- Proximité aux usagers

Les caractéristiques socio-économiques sont un premier indicateur de la proximité des représentants. Les répondants ont un profil similaire à ceux de l'étude du Centre de recherche en droit public (Lajoie, 1987) qui montrait une certaine tendance à recruter des individus de strate sociale plus élevée dans les hôpitaux de courte durée. À l'inverse, les représentants dans les centres d'accueil et les hôpitaux pour soins prolongés ont un profil moins élitaire (les centres de services sociaux sont aussi dans cette situation), et les CLSC se situent entre ces deux types.

Le fait d'avoir soi-même utilisé les services constitue aussi un indicateur des liens de proximité des représentants avec les utilisateurs. Dans tous les établissements sauf les CLSC, la majorité des répondants (ou un membre de leur famille) ont utilisé les services sur une base régulière. C'est la motivation la plus fréquente pour leur implication. Dans les CLSC, par contre, seulement 2 représentants sur 16 ont utilisé les services. La logique représentative est ici beaucoup plus politique. C'est l'implication dans la communauté qui constitue la principale motivation des représentants des CLSC, qui sont d'ailleurs plus impliqués dans les associations locales que les représentants des autres établissements.

- La représentation politique

Les représentants sont-ils mandatés par l'ensemble des bénéficiaires ou des usagers des établissements ? Ont-ils des mandats précis ? Non, à l'exception peut-être des établissements

où existent des comités de bénéficiaires actifs et où le représentant est choisi par ce comité. Autrement, les représentants sont sollicités par le directeur général ou un autre membre de l'établissement et ils sont élus par acclamation. Dans un centre de services sociaux seulement, où existe un conseil des usagers, on a dû procéder à un vote.

C'est dans les CLSC que les représentants ont décidé d'eux-mêmes de se présenter, dans la moitié des cas. Dans seulement deux cas ils ont été approchés par une association. Sauf dans les nouveaux CLSC, les représentants sont élus, la moitié (6) par acclamation.

Globalement les représentants sont bien insérés dans leur milieu, actifs dans les associations, et, à l'exception des CLSC, près des problèmes concrets des usagers à titre de clients eux-mêmes. Mais, sauf lorsqu'il existe une structure intermédiaire comme un comité de bénéficiaires, leur mandat est flou, ils sont souvent sélectionnés par l'établissement lui-même et choisis par acclamation par peu de personnes. Leur présence au conseil d'administration est peu connue par la population.

Comment cela se traduit-il dans les relations qu'ils entretiennent avec les usagers, dans le rôle qu'ils jouent au conseil d'administration et dans l'impact qu'ils peuvent avoir sur les services dispensés ?

- Les relations

Une fois nommés, les représentants entretiennent-ils des relations fréquentes avec les usagers ? À quel sujet ? Sur 40 représentants, 23 ont des relations avec les usagers, dont 17 sur une base régulière. Encore une fois l'existence d'une structure

intermédiaire joue un rôle important. En effet onze (11) répondants (sur 17) ayant des relations régulières proviennent soit d'établissements ayant un comité de bénéficiaires actif, soit du CSS ayant un conseil des usagers (1 cas). Les 6 autres sont dans des CLSC (6 CLSC sur 16). Dans ces derniers cas, les relations proviennent souvent du fait que la personne est connue dans le milieu, plutôt que parce qu'elle est membre du conseil d'administration.

Les relations avec les usagers concernent surtout des problèmes très précis : plaintes, demandes d'explications (les usagers ne comprennent pas le sens des lettres qu'ils reçoivent des établissements...), demandes d'admission, nourriture dans les centres d'accueil, heures d'ouverture pour les CLSC; parfois aussi, suggestions d'améliorations ou projets à développer.

«Pour celui qui ne connaît pas le réseau, la lenteur des services est épouvantable. Il faut d'abord passer par le C.I.C.N., puis par le CSS, puis voir un travailleur social, puis retourner au C.I.C.N., et finalement au comité d'admission. Si c'est urgent, ça prend un mois. S'ils m'appellent et que je trouve que c'est vraiment urgent, j'appelle le directeur et je lui dis «grouille-toi, c'est urgent». Je le connais bien. Il vient de ma région.»

(Représentant dans un centre d'accueil)

Sauf dans les établissements avec comité de bénéficiaires, les relations fréquentes avec les usagers <u>à titre de représentants dans les conseils d'administration</u> sont donc rares. Les représentants sont nombreux à déplorer cette situation. Pour plusieurs cela contribue pour beaucoup à leur faible influence. Car, comme on le verra, pour la majorité des représentants, leur influence repose d'abord sur leur légitimité, leur crédibilité en tant que représentants des usagers. L'augmentation des relations avec les usagers à titre de représentant accroîtrait cette légitimité.

Les représentants attribuent principalement cette situation au fait que les clients ignorent leur existence, ou alors qu'ils ne croient pas à l'efficacité de leur intervention et préfèrent recourir à d'autres canaux ou à d'autres organismes lorsqu'ils ont le choix. Comme on le verra cela est confirmé par les organismes du milieu rencontrés.

En ce qui concerne les relations concrètes avec la clientèle, elles ne sont donc pas inexistantes, mais sont souvent conditionnées par un relais institutionnel que nous décrirons dans la section suivante. En réalité, un des seuls endroits[1] où, dans notre enquête, nous avons entendu la remarque suivante : «quand il y a un mauvais service, on peut toujours aller se plaindre au conseil d'administration», c'est à la clinique de Pointe-Saint-Charles, c'est-à-dire un organisme dont le conseil d'administration ne répond pas aux normes habituelles du réseau des affaires sociales.

1.2 Les représentants *dans* l'établissement

Devant cette légitimité précaire, comment réagissent les répondants ? Comment interprètent-ils leurs rôles et le jouent-ils ? Cette faible liaison formelle avec les usagers les conduit-il à se comporter rapidement comme des administrateurs d'établissements publics et à oublier leur attribut de représentant, comme on pourrait le penser ? Non. Toutes les données vont dans le sens contraire.

D'abord nous avons procédé au classement des répondants en «gestionnaire» ou «représentant». Autrement dit, par rapport à

1. On a aussi entendu des propos se rapprochant de cette remarque dans deux CLSC.

l'ensemble du contenu de l'entrevue, peut-on dire qu'ils s'identifient plus à l'établissement, à ses problèmes ? Pensent-ils par exemple que les usagers tendent à abuser, que leurs demandes sont irréalistes, etc. ? Ou au contraire s'identifient-ils plus aux clients, à leurs problèmes, à leurs besoins ? À notre surprise, nous n'avons pas réussi à classer plus de 5 répondants comme gestionnaires. Quatre (4) autres semblent jouer les deux rôles ou sont difficiles à classer. Les 31 qui restent sont clairement identifiés comme représentants de la clientèle ou du milieu (lorsque la clientèle n'est pas constituée de résidants). La représentativité est en effet définie comme s'étendant à l'ensemble de ceux qui sont susceptibles de recevoir des services d'un établissement plutôt qu'à une certaine catégorie particulière d'utilisateurs. Donc, même si la majorité des répondants n'en sont pas à leur premier mandat[1], ils continuent à se définir d'abord comme des représentants.

On peut même dire que ce rôle de représentant est leur seul apport spécifique face aux autres membres des conseils d'administration, qu'ils voient aussi souvent comme des représentants de leurs établissements respectifs, ce qui peut entraîner des conflits d'intérêts.

> «Il arrive souvent que le président du Conseil d'administration (CSS) oublie son rôle d'animateur et redevienne directeur général de son établissement (CLSC). Dans un dossier précis comme le service de 24 heures (Urgence sociale) le CSS voulait faire bouger le conseil régional en lui disant «on ne va plus assurer les services d'urgence sociale 24 heures sur 24. On n'a plus les ressources

---

1. C'était un critère de sélection. Voir annexe. On aurait pu penser qu'avec les années, la tendance à s'identifier à l'organisation porterait les représentants à se définir plus comme gestionnaires. La tendance est inverse : les quelques répondants classés comme «gestionnaires» en sont à leur premier mandat au conseil d'administration.

nécessaires». À ce moment le directeur général du CLSC a dit «une minute». Il n'a pas voulu parce que lui, à l'autre bout ne voulait pas assumer les services».

Autrement, ils se considèrent souvent inutiles. Les autres membres du conseil d'administration ont parfois tendance à nier ce rôle. Ainsi, un répondant s'est déjà fait dire : «une fois nommé, tu n'es plus le porte-parole des usagers, tu n'as de comptes à rendre à personne». C'est dans les centres de services sociaux que les représentants s'interrogent le plus sur la pertinence de leur présence. Et c'est au fait de ne pas être assez liés aux usagers qu'on attribue cette faiblesse, qui leur enlève la crédibilité auprès des autres membres du conseil d'administration.

L'importance centrale de la représentation revient donc de toutes sortes de façon. Par exemple, la plupart des représentants mentionnent le fait qu'on ne les informe pas suffisamment et déplorent le langage hermétique, les sigles, le jargon qui constitue une barrière importante et contribue à étendre le délai[1] pour que les répondants se sentent à l'aise dans un conseil d'administration. Mais parmi les éléments qui jouent le plus en faveur d'une intégration rapide dans le conseil d'administration, il y a bien sûr la connaissance préalable du milieu et des personnes, mais aussi la capacité de s'imposer d'égal à égal. Or cette capacité repose sur leur insertion dans le milieu et leur légitimité en tant que représentant. Le manque d'échanges avec les usagers, l'isolement est souvent mentionné comme facteur important qui contribue à limiter le pouvoir au conseil d'administration. D'ailleurs ceux qui ont répondu avoir un pouvoir suffisant sont majoritairement parmi ceux qui reconnaissent avoir régulièrement des relations avec les usagers.

---

1. De 6 mois à 1 an pour la majorité des répondants.

Un peu moins de la moitié des représentants (18) croient disposer d'un pouvoir suffisant pour pouvoir jouer leur rôle. Mais la majorité des représentants identifient le ministère comme étant le vrai détenteur du pouvoir dans le réseau. Près de la moitié considèrent qu'il est le seul détenteur du pouvoir. Douze (12) représentants seulement parlent de pouvoir partagé entre les établissements et le ministère. Et même parmi ces derniers, un certain nombre insiste sur le manque d'autonomie et de marge de manoeuvre des établissements. Ne peut-on pas conclure que même s'ils sont souvent à l'aise et qu'ils considèrent jouer un rôle significatif dans les conseils d'administration des établissements, ils n'y sont pas chez eux. Ce sont des conseils d'administration du réseau, du ministère. Ils représentent les usagers, mais ils travaillent d'abord pour le ministère. Cette interprétation est confirmée par le fait que tout ce qu'ils dénoncent semblent être considéré par ailleurs comme une fatalité et ne peut être modifié. Il en est ainsi du jargon, qui est un vocabulaire étranger. De même la quasi totalité d'entre eux sont actifs dans des organismes du milieu. Ces organismes ont pourtant des structures et des modes de fonctionnement très différents des établissements. Or, ils refusent de transposer cette expérience dans la gestion des établissements, de l'appliquer aux établissements, sauf en souhaitant que la taille des établissements permette une plus grande souplesse.

1.3 Les résultats

Dans un tel contexte qu'est-ce que la présence des représentants change dans les services dispensés et dans la dynamique des conseils d'administration ? Plusieurs modifications ont été observées tant dans les services concrets fournis aux personnes que dans les attitudes, les approches adoptées par les conseils

d'administration. L'intensité des modifications obtenues varie énormément selon les liens qu'ont les représentants avec les usagers et selon leur motivation pour participer au conseil d'administration. Cela va souvent ensemble d'ailleurs.

Ainsi les représentants qui sont au conseil d'administration parce qu'ils ont (ou un de leurs proches) utilisé des services de l'établissement et qui sont, en plus, en lien avec un comité de bénéficiaires actifs sont souvent très efficaces. Ils surveillent la gestion en fonction des intérêts des usagers et ont souvent obtenu beaucoup d'amélioration. Plusieurs exemples ont été apportés : congédiement d'employés inadéquats, répartition des personnes confuses et non confuses, meilleur traitement des plaintes, accélération du processus d'admission, maintien de certains services malgré des compressions budgétaires... Ce type de résultat a été observé dans les centres d'accueil et les hôpitaux.

D'autres représentants qui sont très impliqués dans leur communauté et qui étaient souvent déjà identifiés comme des leaders locaux, sont au conseil d'administration pour s'assurer que l'établissement (il s'agit essentiellement de CLSC) va répondre aux besoins du milieu. Là aussi, des résultats ont été mentionnés : une plus grande disponibilité des services le soir et les fins de semaine, l'obtention d'un point de services dans une partie du territoire moins bien desservi et même l'engagement d'un directeur général qui reflète le choix des usagers, contre l'avis des autres membres du conseil d'administration.

Un certain nombre de représentants siègent au conseil d'administration pour des raisons personnelles qui n'ont rien à voir avec les intérêts des usagers (ce peut être par désir de

connaître ce secteur). La plupart du temps, ils ont peu de contact, comme membre du conseil d'administration, avec les usagers. Même dans ces situations, on observe que ces représentants peuvent avoir un apport important et spécifique. Ils ont souvent la préoccupation des résultats pour la population. «Qu'est-ce que ça donne à la population ?» demande-t-on régulièrement aux autres membres du conseil d'administration. Une autre représentante mentionne que son travail, dans un secteur tout à fait différent (notaire), l'amène à être en contact avec des personnes qui connaissent les services du CLSC et qui leur font souvent des commentaires sur ces services. Elle est donc en mesure de rapporter régulièrement au conseil ce que «les gens apprécient ou pas dans les services de maintien à domicile» du CLSC.

La connaissance du milieu et l'intégration dans le milieu apportent une perspective, une approche qui oblige les établissements à se confronter avec l'extérieur. Les représentants véhiculent une vision différente des conséquences de l'intervention des praticiens sur le milieu. Et cela peut se produire, même si la motivation principale du représentant n'est pas le service aux usagers.

À plusieurs reprises, les représentants ont situé leur rôle spécifique en expliquant que les conseils d'administration étaient trop centrés sur les aspects administratifs alors qu'eux soulevaient régulièrement les questions touchant les services, leurs résultats et les demandes des usagers.

2. LES RELAIS : COMITÉS DE BÉNÉFICIAIRES ET ASSOCIATIONS

2.1 Les comités de bénéficiaires

L'apport des comités de bénéficiaires a été une des surprises heureuses de cette recherche. Les résultats en termes

d'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires et des services fournis sont intéressants. Parmi les vingt établissements rencontrés dotés de comités de bénéficiaires, douze possédaient un comité actif avec un certain nombre de réalisations.

Les interventions des comités de bénéficiaires actifs varient beaucoup selon le genre de clientèles; elles peuvent viser autant les personnes hébergées que leur famille. Ainsi, elles portent sur des éléments concrets visant à améliorer le sort des personnes vivant en institution ou elles peuvent s'adresser aux familles tels dans ces deux centres d'accueil pour jeunes, où le comité a développé des services d'accueil et de soutien pour les parents des enfants placés.

Un autre genre d'activités a aussi été développé, et ce particulièrement dans le secteur psychiatrique, soit tout le rôle de revendication, de défense des droits et d'accompagnement. «Nos priorités sont de défendre les droits et intérêts des bénéficiaires, de donner de l'information, d'accompagner les bénéficiaires dans leurs doléances et d'organiser des loisirs». Fait intéressant à noter, les comités de bénéficiaires travaillent souvent en collaboration ou font alliance avec le personnel présent tous les jours auprès des personnes hébergées, pour obtenir des améliorations. Ainsi, avons-nous vu dans un centre d'accueil, les employés et le comité de bénéficiaires faire pression auprès du conseil d'administration pour obtenir de l'équipement qui, tout en améliorant le sort des personnes âgées, facilitait le travail des employés. Les revendications ou les pressions faites par les comités de bénéficiaires ne se rendent pas souvent au conseil d'administration (sauf dans certains cas, voir page suivante) puisque celui-ci apparaît comme le dernier recours. Habituellement, les problèmes se règlent à l'interne,

soit par une intervention directement auprès de la personne concernée, de son responsable où à la limite du directeur général.

Trois types de relation existent entre les comités de bénéficiaires et les administrations des établissements. Dans le premier type, et ils sont les plus nombreux, le directeur général apparaît être le moteur du comité et les divergences de position entre lui et le comité semblent plutôt rares. Le directeur est présenté non seulement comme étant favorable au comité mais comme cherchant à l'impliquer et à l'utiliser. Par exemple, dans un centre d'accueil, le représentant mentionne que le directeur général leur a dit «compter sur eux pour améliorer les services parce que lui comme gestionnaire a fait tout ce qu'il a pu et que maintenant c'est à eux de suggérer des améliorations». Dans ces établissements, les représentants parlent d'une manière très positive des relations avec le directeur général et de la collaboration avec le personnel.

Dans le second type, la réussite du comité repose surtout sur la motivation et le dynamisme des représentants. Le directeur général est perçu comme un gestionnaire qui joue son rôle et à qui on doit démontrer que des améliorations s'imposent. Dans ces cas, il est fait mention de divergences de positions avec le directeur qui, en certaines occasions doivent être tranchées par le conseil.

Il existe un troisième type de comités de bénéficiaires qui fonctionne «malgré la direction de l'établissement». Nous n'avons rencontré des comités de ce genre que dans le secteur de la santé mentale et ne savons si c'est l'effet du hasard ou une situation propre à ce secteur. Ces comités fonctionnent essentiellement sur une base d'opposition avec la direction (mais souvent de collaboration avec le personnel des unités). «La direction ne facilite pas notre travail. Le pouvoir du comité, c'est de parler à l'extérieur et d'être en lien avec des associations et des organismes bénévoles».

L'intérêt de la présence de comités actifs ne se limite pas qu'aux résultats concrets d'amélioration de services pour les bénéficiaires. Son impact sur le rôle des représentants des bénéficiaires au conseil d'administration est aussi important puisqu'il lui apporte une légitimité qu'il n'aurait pas s'il était isolé. Faut-il alors songer à généraliser cette formule puisqu'une majorité de représentants rencontrés (même ceux n'ayant pas de tels comités) ont souligné l'utilité d'un tel mécanisme pour faire valoir le point de vue des usagers et pour assurer un poids plus important au représentant des usagers au conseil d'administration ? Certains, surtout dans les gros établissements comme les centres de services sociaux, renforcent ce point de vue, en soulignant la difficulté d'être reconnu et de vraiment jouer un rôle au conseil d'administration sans être appuyé par un regroupement d'usagers : «Il n'y a rien à faire au conseil d'administration quand tu es isolé, sans contact et que tu ne représentes personne en particulier.»

Il ne serait cependant pas pertinent de songer à généraliser cette formule puisqu'elle ne semble pas adaptée à certaines régions et à certaines clientèles. Ainsi, l'étendue du territoire couvert pas des établissements en région éloignée fait qu'on doit élire les membres par correspondance et s'abstenir de faire des réunions puisque le coût en serait trop élevé. Le type de clientèles desservies par les établissements influence aussi leur capacité ou leur motivation à s'impliquer : les personnes âgées en perte d'autonomie sont difficilement en mesure de faire valoir leur point de vue ou d'assurer une continuité; les parents des enfants ou adolescents hébergés et les personnes ne recevant des services que pour une courte période sont plus difficiles à impliquer. Ainsi certains représentants ont-ils suggéré que des modifications soient apportées à la composition des comités existants, afin qu'ils soient plus ouverts aux bénévoles et aux associations.

Certains organismes utilisent aussi ce moyen avec des personnes qui ne peuvent pas se défendre elles-mêmes. C'est ce qu'un groupe appelle le parrainage des bénéficiaires, expérience qui est décrite dans le rapport sur les expériences réussies (chapitre 5).

2.2 Les relais du milieu : les associations

Dans les organismes volontaires, deux répondants sur 3 considèrent utile la présence des représentants d'usagers dans les conseils d'administration des établissements. Mais utile à quoi ? Essentiellement pour informer les organismes communautaires de ce qui se passe dans le réseau public, et éventuellement pour que le milieu puisse se faire entendre. Mais leur voix est très faible puisque la majorité considère qu'ils détiennent très peu de pouvoir et que le conseil d'administration d'établissement est une affaire de gestionnaires, de bureaucrates, de professionnels.

D'ailleurs, même si 13 membres d'organismes (sur 61) siègent sur des conseils d'administration (principalement les CLSC) aucun ne mentionne utiliser les conseils d'administration lorsqu'ils ont des réclamations à faire. C'est d'abord l'opinion publique qu'on considère efficace et, en second lieu (mais tout cela est en continuité) le député. Pour les organismes communautaires, la représentation des usagers se fait donc encore principalement par des moyens classiques : recours au député, opinion publique et contacts personnels. Selon certains témoignages, même l'opinion publique peut difficilement être utilisée dans certains secteurs. Il en est ainsi de la santé mentale. Autant l'ex-psychiatrisé que sa famille cherchent le plus souvent à cacher ce fait et évite donc à tout prix de le rendre public.

Les conseils d'administration ne sont pas utilisés par les organismes du milieu pour exercer des pressions, surtout parce qu'ils considèrent que les représentants de la population n'y ont pas de pouvoir. Ces relais du milieu que sont les organismes communautaires sont donc branchés directement sur le circuit classique de la pression politique ou alors directement sur certains intervenants avec qui ils ont des contacts personnels, comme on le verra dans un autre chapitre.

3. LES FACTEURS D'EXPLICATION : ÊTRE MANDATÉ PAR LES USAGERS

Qu'est-ce qui explique le succès de certains représentants, de certaines formes de représentation dans les établissements ? Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, comme nous l'avons vu : des variables institutionnelles comme le nombre de personnes au conseil d'administration. Les répondants ont aussi insisté sur l'information, sur le fait qu'on ne les informe pas adéquatment de ce qui se passe. A cet égard il importe de souligner le rôle positif rempli à plusieurs reprises par les représentants des employés dans le conseil. Ils apportent une vision différente de celle du directeur-général et qui, pour plusieurs répondants, est plus près des usagers et leur permet de se faire une meilleure idée de ce qui se passe.

«Il y a souvent des divergences au conseil d'administration entre le directeur général et le représentant du personnel clinique. Le directeur général amène des dossiers avec des renseignements, l'employé a lui aussi préparé un dossier sur le même sujet et les renseignements sont différents. Pour nous c'est bien parce que ça nous donne deux points de vue et ça nous amène à prendre des décisions différentes ou à en modifier certaines. Le directeur général n'est pas content de cela.»

Mais ce qui semble revenir le plus souvent, ceci malgré toutes les contraintes institutionnelles, c'est le fait d'être mandaté par les usagers ou par la communauté, d'être près des usagers. C'est le seul facteur qui réussit à contrebalancer le fait que, pratiquement, c'est au Ministère que les conseils d'administration ont des comptes à rendre beaucoup plus qu'à la population. C'est principalement ce facteur qui fait que les usagers ont, ou n'ont pas de crédibilité face aux autres représentants des autres établissements, à leur expertise, à leur connaissance du réseau qui est supérieure, etc. Les témoignages sont nombreux à cet égard. C'est d'ailleurs aussi de cette façon qu'on peut interpréter le fait que les représentants se définissent bien peu comme gestionnaires, mais d'abord comme des représentants. On est loin du rapport Gobeil, qui oublie que cette fonction de représentation existe et ne considère que la compétence technique des gestionnaires.

Un autre facteur important qui a été mentionné, outre celui du lien avec le milieu, c'est celui d'une personnalité forte. Ces deux facteurs sont d'ailleurs souvent reliés dans l'esprit des répondants. Les personnalités fortes sont aussi des personnes bien enracinées dans le milieu. Il s'agit là d'un phénomène négligé par les théoriciens de la démocratie idéale qui ne considèrent souvent que la représentativité sociale de l'individu, au sens de posséder les mêmes caractéristiques socio- économiques que la population qu'il représente. Cette sur-valorisation de la similarité socio-économique (et notamment de la classe sociale) néglige le fait qu'un représentant doit jouer un rôle et que pour le jouer il doit détenir certaines qualités qui ne sont peut-être pas nécessairement détenues par l'ensemble de la population qui le choisit. Mais les membres du milieu savent quelles sont ces qualités. Par exemple, dans un conseil d'administration de CLSC, on aura tendance parfois à choisir des notables pour se faire

représenter, des gens qui sont capables d'affronter les professionnels du réseau public, au lieu de choisir quelqu'un qui nous ressemble parfaitement, mais qui sera incapable de nous défendre...

L'existence d'un relais institutionnel tels les comités de bénéficiaires facilite cette relation avec les usagers et accroît d'autant plus la crédibilité, la légitimité du représentant. Ce succès de plusieurs comités de bénéficiaires permet-il de conclure qu'il faudrait généraliser l'existence de ce relais, qui serait une condition de succès pour l'ensemble des établissements ? Nous ne le croyons pas. D'abord, les comités de bénéficiaires ne réussissent pas partout. Il est nécessaire que ce soit dans des institutions stables, avec une clientèle régulière, et résidante. De plus les individus doivent être autonomes ou alors être remplacés par des proches qui les représentent (enfants pour les personnes âgées, et inversement). Autrement dit ce relais institutionnel contient souvent lui-même une sorte de relais personnel qui lui permet de fonctionner.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, le relais ne devrait pas être institutionnel, mais se trouver dans les associations volontaires elles-mêmes. Autrement dit entre le client et l'établissement, l'association pourrait être une sorte de relais, de «parrainage associatif», de la même façon que, dans les institutions où les individus ne sont pas autonomes, un proche, généralement un parent, lui sert de «parrain naturel», d'avocat naturel. Ainsi, dans les centres de services sociaux, il n'est pas facile d'identifier les personnes vivant des situations pénibles, et encore plus difficile de les impliquer. D'autre part les personnes qui reçoivent des services sur une courte période, et qui espèrent bien ne plus jamais avoir besoin de l'institution, ne sont pas non plus intéressés à s'impliquer. La situation est semblable dans les hôpitaux de courte durée.

Cette analyse est confirmée par l'examen du seul conseil des usagers que nous avons rencontré en dehors des comités de bénéficiaires. Ce conseil est financé par l'établissement, ce qui lui permet d'engager du personnel, mais crée un rapport ambigu avec l'établissement (parfois même le centre de service social lui prête du personnel...). Jusqu'à aujourd'hui, ce conseil n'a pas réussi à établir une relation dynamique avec les usagers, qui lui permettrait précisément d'avoir une crédibilité et une légitimité, et ainsi de remplir la condition principale pour avoir du pouvoir, pour jouer un rôle équivalent aux comités de bénéficiaires actifs. C'est pourquoi ce conseil des usagers remplit souvent plus un rôle de support à l'administration ou aux employés de l'établissement, plutôt qu'un rôle de véritable représentation des intérêts de la clientèle. Le conseil des usagers est souvent utilisé par les autres partenaires de l'établissement : administration ou syndicat d'employés. Les membres du conseil des usagers en sont d'ailleurs conscients et tendent à s'orienter actuellement vers une implication beaucoup plus grande des associations de défense qui existent dans le secteur, ce qui confirme notre analyse.

4. LE PARADOXE DES REPRÉSENTANTS

L'analyse de la représentation des usagers met en évidence un paradoxe. Le principal facteur qui explique la force (ou la faiblesse) des représentants semble être leurs liens au milieu. Mais la force, ou la faiblesse, de ce lien avec la population n'est pas due aux caractéristiques de l'individu. Au contraire : elle est due à l'établissement lui-même, à sa structure, au nombre de représentants au conseil d'administration, au faible pouvoir de l'organisme. Ces contraintes institutionnelles font que le lien au milieu sera donc toujours faible. Car c'est l'établissement lui-même qui n'a pas de comptes à rendre au milieu : il relève du

ministère. C'est ainsi qu'il est perçu par la majorité de la population qui a donc peu recours aux représentants à titre de représentants, et qui ne croit pas au pouvoir des représentants. Cela est aussi perçu par les représentants eux-même qui refusent de transposer leur expérience communautaire dans les établissements. On travaille dans un conseil d'administration pour la population, mais pour le compte du ministère, puisque c'est à lui seul qu'on a des comptes à rendre à la fin de l'année. En conséquence le fait de siéger sur un conseil d'administration d'établissement est une sorte de cadeau qu'on fait au gouvernement. On l'aide à gérer son administration. Cette situation a été particulièrement bien décrite par un représentant qui est par ailleurs président d'une commission scolaire et qui a aussi été successivement membre du conseil d'administration d'un hôpital d'abord à titre de socio-économique puis de représentant des usagers.

> «C'est déjà un service qu'on rend que d'accepter de siéger, surtout pour les socio-économiques. On vient nous chercher. Qu'on ne vienne donc pas nous en demander plus. Quand on siège sur un conseil d'administration d'établissement, on est une sorte de bénévole qui rend service. Au contraire, si on siège sur une commission scolaire on sait à qui on aura à rendre des comptes de l'argent dépensé; encore plus si c'est une municipalité. On a des responsabilités envers la population».

Les représentants sentent donc que leur seule source potentielle de pouvoir (outre le fait de connaître le réseau) c'est leur légitimité en tant que mandaté par la population. Mais comment se sentir vraiment mandaté dans une institution qui n'a pas de comptes à rendre à ses mandants ? Qui de ce fait n'a pas de visibilité vis à vis la population, que la population ne vient donc pas voir ? Ils sont conscients d'apporter quelque chose de spécifique, la vision de la population. Mais cela repose seulement sur leur contact hors de l'établissement, leur

enracinement dans la communauté, et non pas sur leur statut de représentant. Leur capacité d'exercer un rôle important s'arrête là : l'impossibilité d'être des représentants politiques.

C'est pourquoi sans être négligeable, le rôle actuel des représentants aux conseils d'administration n'est pas central. La représentation des usagers est assurée actuellement par d'autres moyens, soit des relais comme les comités de bénéficiaires, soit des comités en contact direct avec les circuits classiques de la pression politique, soit encore par le phénomène intéressant du parrainage naturel (les proches) ou par des organismes volontaires lorsque les bénéficiaires sont, pour une raison ou pour une autre, en perte d'autonomie. Il importe d'insister sur ces moyens adaptés à des structures propres au domaine des affaires sociales. Souvent, en effet, on ne peut pas appliquer les moyens habituels de la représentation politique de certaines clientèles : santé mentale, personnes en perte d'autonomie, etc. Le parrainage est donc son substitut : une invention démocratique particulièrement bien adaptée à ces clientèles.

Chapitre 3 : L'ÉVALUATION PAR LES USAGERS

Nous avons retenu deux façons d'évaluer les services sociaux et de santé développés au Québec depuis maintenant près de 15 ans : il y a d'abord l'évaluation des services fournis par les différents établissements. C'est l'objet de ce chapitre. Puis il y a aussi les relations et la contribution du réseau aux organismes communautaires, qui seront traités dans le chapitre suivant.

En ce qui concerne les services fournis, nous avons demandé aux deux groupes de répondants, les représentants des usagers dans les conseils d'administration et les personnes impliquées dans les organismes communautaires ou associations, de se prononcer sur un ensemble de questions portant sur différents aspects : l'évaluation des services, la performance des intervenants et les améliorations qu'ils souhaiteraient voir apporter aux services actuels.

Comme les deux groupes de répondants ont souvent commenté les mêmes programmes en le faisant cependant d'une manière différente, nous avons choisi de présenter globalement les résultats obtenus. Mentionnons cependant au départ que l'évaluation des représentants des usagers dans les conseils d'administration est dans l'ensemble plus positive que celle des répondants des organismes communautaires. En effet, chez ceux-ci, les critiques sont beaucoup plus nombreuses et importantes que les commentaires positifs. Alors que du côté des représentants, les commentaires sont plus également répartis. Cette différence s'explique certainement par le fait que les personnes qui ont décidé de s'impliquer dans le réseau évaluent les services d'une manière suffisamment positive pour vouloir contribuer à les améliorer alors que les autres ont souvent jugé préférable d'investir

ailleurs pour développer des services appropriés. Ceci est d'ailleurs confirmé par le degré de satisfaction des services personnels reçus qui est beaucoup plus important chez les représentants des usagers dans les conseils d'administration que chez les répondants des organismes communautaires. Un autre élément à ne pas négliger aussi est que les organismes communautaires sont souvent dans une position de concurrence avec le réseau et qu'ils doivent nécessairement faire mieux pour assurer leur survie.

1. Des services appréciés

De quoi les personnes rencontrées sont-elles satisfaites ? Qu'est-ce qui leur apparaît réussi actuellement dans le réseau et quels services sont adaptés aux besoins des clientèles ? Certains éléments ressortent des commentaires des répondants : on apprécie généralement les services concrets, ponctuels qui visent des clientèles précises. Tous les services permettant aux personnes âgées et handicapées de rester à domicile sont très appréciés. Ainsi l'unanimité semble faite sur la pertinence et la qualité de ces services. On déplore cependant qu'ils n'existent pas en assez grand nombre («il faut vraiment être rendu à la limite pour y avoir droit») et que même quand on y a droit, le temps de service est souvent trop court («deux heures par semaine alors qu'il faudrait une visite quotidienne»). La qualité du travail fait par tout le personnel rattaché à ces programmes, les infirmières, les auxiliaires familiales et les médecins, a été soulignée.

Un certain nombre d'autres services de santé offerts par les CLSC sont aussi parmi les plus mentionnés : les cliniques de vaccin pour les nourrissons, les cours pré-nataux, les services de santé dans les écoles, les services d'hygiène dentaire. On apprécie la

disponibilité de ces services et ils constituent aussi de bons exemples de services de prévention appréciés. C'est nous d'ailleurs qui les qualifions de préventif puisque peu de répondants font la distinction entre les services préventifs et curatifs.

Soulignons que la majorité des services de prévention appréciés correspondent aux anciens services qu'offraient les unités sanitaires avant la réforme Castonguay. Plusieurs d'ailleurs ont rappelé l'excellent travail fait par ces unités et certains (en régions éloignées) ont même déploré une diminution de services suite à leurs transferts dans les CLSC.

En plus de ces services précis, certaines clientèles ont été globalement identifiées comme ayant vu leur sort s'améliorer au cours des dernières années, même si on s'empresse d'ajouter qu'il y a encore des lacunes. Ainsi pour plusieurs, les personnes âgées et les personnes handicapées bénéficient maintenant de plus de services qu'avant. On regrette cependant que les délais soient aussi longs avant d'y avoir accès (maintien à domicile, soutien, aide psycho-sociale, placement institutionnel...).

Les enfants sont aussi une clientèle qui bénéficie de bons services médicaux de base tels ceux offerts par les CLSC. Mais la réalité est tout autre surtout en région éloignée lorsqu'on a besoin de services spécialisés (absence de pédiatres). Quelques autres services particuliers ont aussi été mentionnés, tel les services en centre d'accueil pour les adolescents, les ressources de foyers de groupe également pour les adolescents et les personnes handicapées.

Des initiatives plus localisées sont aussi appréciées comme cet hôpital de région qui a mis sur pied, pour les personnes âgées, un service de repas chaud pour la somme de 2 $. Ce même hôpital a

aussi établi une politique de non renouvellement automatique des prescriptions qui, si elle s'adresse à l'ensemble de la population, vise plus spécifiquement cette catégorie de grands consommateurs de médicaments que sont les personnes âgées. Ce genre d'attitude est particulièrement appréciée par les répondants des organismes communautaires et des associations : on apprécie des services souples qui savent s'adapter aux particularités d'une région et qui voient autre chose «que la partie malade de la personne».

2. Des services inadéquats

Les services de protection de la jeunesse des centres de services sociaux sont parmi les services les plus souvent identifiés comme inadéquats. L'évaluation qu'en font les répondants qui connaissent ces services est très négative. Cette position est partagée non seulement par ceux qui ont utilisé les services soit les parents des enfants, mais aussi par ceux qui ont référé des cas, tel un directeur d'école qui réfère des jeunes, ou par des personnes des organismes communautaires qui travaillent avec des gens qui ont déjà utilisé ces services.

Ce qui revient le plus souvent comme commentaires concerne l'absence de services au moment opportun : «le réseau réagit seulement quand c'est devenu très grave, alors que moi j'aurais aimé être aidé avant, ça aurait fait moins mal à toute la famille». La plupart des représentants des conseils d'administration qui ont utilisé les services de la protection de la jeunesse ont mentionné avoir essayé d'obtenir des services avant que la situation ne devienne aussi grave, mais sans résultat. Un autre élément souvent mentionné concerne le traitement fait aux parents. Ils auraient voulu être mieux

informés de leurs possibilités, de leurs droits, de ce qu'ils pouvaient faire, alors que là, on a «tendance à les culpabiliser et à ne pas les écouter». Plusieurs mentionnent aussi que les parents sont toujours «les derniers informés». Plusieurs ont aussi souligné qu'il y a trop d'intervenants dans un même dossier et que les parents finissent par ne plus s'y retrouver. Les répondants qui avaient déjà signalé des enfants à ces services ont aussi dénoncé les délais de réponse et l'approche adoptée : «on a développé des approches techniques trop calculées, précises et on a perdu le côté humain». Le manque de confidentialité dans le traitement des plaintes a aussi été souligné par plusieurs.

Parmi les personnes qui ont eu des contacts avec les services de la protection de la jeunesse (12), une seule a été satisfaite : une représentante au conseil d'administration dans un CSS. Son enfant avait bénéficié des services de prise en charge minimale de la protection de la jeunesse suite à des actes délinquants. Cette personne a apprécié «être aidée au bon moment» et «avoir eu le service dont son fils avait besoin puisqu'il n'a jamais recommencé». Il est intéressant de constater qu'un des éléments que cette personne satisfaite a le plus apprécié correspond à ce que les autres auraient voulu avoir et n'ont pas eu : le service au bon moment. Une répondante avait d'ailleurs exprimé ses reproches en ces termes : «on en serait peut-être jamais venu là (fugue..., placement en centre d'accueil) si on avait eu de l'aide avant» (quand elle en avait demandé la première fois). Des services qui arrivent trop tard signifient pour les parents une situation douloureuse qui s'est détériorée, qui laisse plus de marques et qui est plus difficile «à replacer». Pour le réseau public, ceci signifie un investissement plus grand et plus lourd en termes de services : on retrouve ici tout le dilemne des types de services et du moment d'intervention à privilégier.

Ce questionnement quant au moment d'intervention et aux services qu'on privilégie est particulièrement pertinent à ce moment-ci, car les CSS se transforment de plus en plus en «service de protection de la jeunesse» dans le secteur de l'enfance et que ces services suscitent de nombreux commentaires négatifs. Et ce sans compter les coûts sociaux de tels choix !

De façon générale, les services sociaux offerts par les centres de services sociaux et les centres locaux de services communautaires ont souvent fait l'objet de commentaires négatifs. Quelques répondants ont mentionné «que leur mission devrait être révisée et adaptée aux besoins actuels». Des services sociaux des CLSC, on ajoute : «des attrape-tout avec des animateurs (organisateurs communautaires) pas toujours à l'affût des vrais besoins des personnes.» Les heures d'ouverture des CLSC sont aussi considérés comme inadaptés parce qu'il y a «trop de 9 à 5 pour une population qui travaille et qui ne peut s'absenter souvent durant ces heures». Les services des centres de services sociaux sont connus de bien peu de gens et lorsqu'ils le sont les commentaires sont rarement positifs : on souligne «une lenteur exécrable avant d'obtenir des services» et «des travailleurs sociaux qui pensent d'abord aux dossiers, ensuite à la procédure puis finalement, aux clients». On leur reproche aussi leur incapacité de donner des services au moment de la crise alors que les répondants des organismes communautaires affirment être en mesure de le faire (ils se sont organisés pour le faire). Comme le mentionnait l'un d'entre eux : «nous sommes toujours disponibles : la souffrance, ça ne prend pas de vacances.»

Le phénomène des familles d'accueil a aussi fait l'objet de commentaires : certains ont reproché le manque de sérieux dans le choix des familles d'accueil qui ne peuvent assurer la sécurité et la stabilité souhaitée ou encore l'inadéquation de cette formule pour les adolescents.

3. Des services qui manquent : les médecins à domicile

Bien que la pratique ne se soit pas complètement éteinte et qu'elle se soit même renforcée grâce à des programmes mis sur pied dans des CLSC ou des hôpitaux, plusieurs personnes des organismes communautaires déplorent que ces services soient presque exclusivement réservés aux personnes âgées éprouvant des problèmes de mobilité. D'après eux il y a bien encore quelques médecins qui viennent à domicile pour différentes clientèles, mais ce sont des exceptions.

Le jugement est différent chez les représentants des usagers dont les 2/5 disent bénéficier de services de médecins à domicile, et ce surtout pour les représentants qui proviennent des CLSC. D'où proviennent les médecins auxquels ils ont recours ? Des cliniques privées dans une faible proportion, des CLSC pour un grand nombre, de vieux médecins qui ont toujours continué à se déplacer ou de quelques jeunes médecins qui commencent et qui acceptent d'aller à domicile (certains d'ailleurs ont fait mention de l'attitude des jeunes médecins qui leur rappelle ce qui existait il y a plusieurs années). Les représentants des CLSC non seulement bénéficient le plus de médecins à domicile (plus de 50 %); mais en outre, ils sont les seuls à identifier les médecins de CLSC comme allant à domicile. Les représentants des autres établissements identifient essentiellement des vieux médecins ou des cliniques privées.

Cette disponibilité des médecins à domicile pour les membres des conseils d'administration ne nous semble pas correspondre à la réalité de l'ensemble de la population. Elle s'explique peut-être par leur proximité au réseau et les relations personnelles qu'ils ont développées. Ceci est d'ailleurs confirmé, comme nous l'avons déjà mentionné, par les résultats obtenus chez les personnes impliquées dans des organismes communautaires où très peu ont

affirmé bénéficier directement de services à domicile ou connaître des personnes qui en reçoivent.

La nécessité d'obtenir des services de santé à domicile n'a pas été mentionnée seulement pour les services médicaux, mais aussi pour des services comme l'évaluation lors de handicaps. Ainsi une personne impliquée dans un organisme communautaire est convaincue que l'évaluation de son fils faite en milieu hospitalier lui attribue un handicap beaucoup plus lourd que celui dont il est affligé en réalité. Une amie psychiatre qui est venu voir l'enfant chez lui avait fait cette découverte. Si un médecin avait procédé plus tôt à une évaluation de l'enfant dans son milieu naturel, tout le programme d'insertion sociale et scolaire de ce dernier aurait été différent et on aurait pu l'initier à des disciplines académiques beaucoup plus exigeantes. C'est sur de telles situations que les personnes rencontrées dans les organismes communautaires s'appuient pour critiquer le manque de souplesse du système de santé québécois.

4. Des services de moins bonne qualité

Plusieurs nous ont parlé d'une détérioration qui s'est produite au cours des années dans la façon de rendre les services. Une des grandes critiques portent sur le manque de souplesse de ce qui est décrit comme une grosse structure hiérarchisée, répondant à des critères de fonctionnement plus administratifs qu'humains. Il en découle donc, pour eux, une standardisation telle que les usagers doivent s'adapter à des services pensés pour la norme et non le contraire. Les répondants, surtout ceux des organismes, reprochent donc aux services du réseau public leur incapacité à s'adapter aux besoins des différentes clientèles et par le fait même, aux besoins des usagers eux-mêmes, besoins qui varient à la limite d'une personne à l'autre.

La sur-spécialisation des professionnels de la santé est identifiée comme une des responsables d'un changement qui s'est produit dans la qualité du lien qui se développe entre les bénéficiaires et ces professionnels. Plusieurs répondants des organismes communautaires font l'adéquation suivante : la spécialisation à outrance et les améliorations techniques relèguent au second plan les notions d'accueil, d'aide et d'acceptation d'une personne. Plus le niveau de spécialisation est élevé, moins le professionnel a tendance à impliquer le bénéficiaire dans le traitement de son problème. Les commentaires quant à la détérioration de la relation ne s'appliquent pas seulement aux médecins. Ainsi a-t-on souligné qu'«avant les médecins parlaient plus et nous connaissaient» que «les infirmières ne faisaient pas juste piquer, elles nous expliquaient, maintenant elles sont débordées», que «les travailleurs sociaux, avant, avaient la vocation, maintenant ils ont une job», «maintenant on pense d'abord au dossier, puis au client». Toutes ces remarques, et bien d'autres, refèrent non pas au résultat du service concret obtenu qui, habituellement est jugé satisfaisant, mais plutôt à une qualité de relation. On déplore le manque de disponibilité, d'écoute, de considération. Ces qualificatifs ne s'appliquent plus maintenant aux services du réseau public mais aux services qu'on trouve à l'extérieur tels les médecines douces. C'est maintenant dans ces services qu'on trouve une intervention basée «non pas sur la partie malade mais sur l'ensemble de la personne».

D'autres ont parlé d'une accessibilité moindre aux services. Les délais de plus en plus longs dans les centres de services sociaux et dans des hôpitaux amènent des personnes à recourir à d'autres types de ressources, communautaires ou privées : on parle donc de moins en moins d'universalité réelle des services.

5. Les services de certains établissements

Plusieurs répondants des organismes communautaires lient directement la qualité des services à la grosseur de l'établissement. Un petit hôpital, un petit CLSC offre des services plus accueillants, plus personnalisés, plus humanisés. Au contraire, dans les gros établissements, on se plaint que le personnel soit inaccessible et qu'on y traite les gens comme des numéros. Certains ont dit avoir noté la différence dans des CLSC qui s'éloignaient graduellement de la population à mesure que leurs services se multipliaient. Plus la structure est grosse, plus les préoccupations internes l'emportent sur les préoccupations de services à la population, pourrait-on dire. À trois reprises, des répondants des organismes communautaires ont identifié des CLSC immobilisés, neutralisés dans leur mission de services à la communauté par des problèmes de réorganisation. «On ne les voit plus depuis deux ans. Depuis qu'ils sont sortis du centre hospitalier, ils sont en grosse réorganisation».

L'aspect physique de l'établissement a également une importance incontestée pour eux. Un CLSC qui aménage dans de grands locaux aseptisés, à éclairage cru et où on limite les libertés de déplacement des usagers vient à coup sûr de rompre ou d'empêcher que ne se développe une certaine complicité avec le milieu.

Les processus administratifs de certains établissements comme les hôpitaux sont jugés par les représentants dans les conseils d'administration trop longs et pas adaptés aux personnes : «c'est ce qui choque les personnes, le temps de réponse; il faut trouver le moyen d'alléger cela».

6. Les clientèles moins bien desservies

L'absence de services pour les jeunes de 18 à 35 ans est soulignée avec beaucoup de vigueur par de nombreux répondants provenant de différents milieux. On mentionne bien qu'il y a les services de de la protection de la jeunesse des CSS et ceux prévus pour les jeunes mésadaptés; mais pour les autres, la majorité, qui ont des problèmes de drogue, d'alcool, de chômage, les ressources sont très limitées. Aussi les répondants des organismes communautaires et des associations considèrent-ils inconcevable cette absence de services aux jeunes en difficulté, aux jeunes itinérants, aux jeunes chômeurs qui ne savent trop comment s'y prendre pour trouver un emploi.

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont aussi considérées comme les «défavorisées» du système. Plusieurs requestionnent le type de services offerts dans les établissements. Un des représentants les taxe «de grosse garderie où il y a de mauvais diagnostics pour plusieurs et où les droits des bénéficiaires sont souvent peu respectés». Plusieurs représentants d'organismes communautaires dénoncent le pouvoir des psychiatres ainsi que leur prétention à détenir le monopole de la vérité. On leur reproche aussi de ne pas informer les patients et les familles en cours de traitement et de chercher à les impliquer seulement au moment où eux ont décidé de procéder à la réinsertion, en tentant souvent de les culpabiliser.

La désinstitutionnalisation suscite d'ailleurs de vifs commentaires négatifs, non pas sur le principe mais sur la façon de la faire. Le manque de préparation des familles ainsi que l'absence de soutien aux personnes ont souvent été mentionnées. L'insuffisance des ressources de maintien dans le milieu apparaît être une évidence pour tout le monde.

Les personnes handicapées sont d'après plusieurs mieux desservis qu'avant mais le manque de ressources de soutien pour les parents ou les familles qui veulent s'occuper de leurs enfants handicapés est souligné. Comme on l'a déjà mentionné, les services aux personnes âgées sont appréciés, mais le manque de service d'aide à domicile du réseau public ainsi que les attentes trop longues avant un placement en institution - même lorsqu'il a été jugé nécessaire par le réseau - sont cependant jugés inadmissibles. On souligne aussi la difficulté des personnes âgées à obtenir de bons services dans les urgences des hôpitaux où elles ont souvent l'impression de déranger. Les CLSC sont aussi critiqués dans leur choix de services à offrir à cette clientèle. A titre d'exemple, une personne de l'AQDR doute de la compétence des jeunes intervenants qui mettent sur pied des sessions d'information sur la sexualité des gens du troisième âge...

7. La performance du personnel

Même si les deux groupes de répondants font des commentaires relativement similaires sur le travail accompli par les diverses catégories de professionnels, leur façon d'aborder le sujet varie. Ainsi les représentants des usagers dans les conseils d'administration évaluent d'abord le personnel par catégorie d'établissements puis selon les différentes professions. Alors que les répondants des organismes communautaires les situent d'abord comme un groupe homogène, partageant le même langage, les mêmes valeurs. Le réseau est perçu par eux comme un univers bien structuré où sont établies des normes et prescriptions auxquelles chacun de ces membres doit souscrire. Il est possible pour certains d'y évoluer sans adhérer à l'ensemble des valeurs et habitudes qui y règnent, mais ces personnes qui nagent à contre-courant ne constituent qu'une infime partie d'entre eux.

C'est d'ailleurs ces professionnels qu'apprécient les personnes des organismes communautaires, et c'est avec eux qu'elles collaborent (voir chapitre suivant). Leur opinion sur les autres professionnels, qui constituent la majorité, est moins positive.

Les principales critiques portent sur leur peu de disponibilité, leur manque d'écoute, d'accueil et de vocation. On les juge trop loin des gens, inaccessibles, tant à cause de leur langage que de leur éloignement physique par rapport aux usagers. Dans le secteur médical, ils sont considérés comme étant trop rigides et n'ayant pas une vision suffisamment communautaire ou familiale dans leur approche. Peu d'entre eux tentent d'impliquer les aidants naturels (famille, amis, bénévoles, etc.) dans leur plan de services. Pourtant, diront certaines personnes des organismes communautaires, une ouverture à ce qui se fait dans la communauté serait profitable à plus d'un. Cette évaluation sévère des professionnels du réseau par les personnes des organismes communautaires est basée sur une comparaison avec les services et les approches qu'ils ont développés. D'après eux, le fossé qui sépare les professionnels du réseau de la population et des organismes communautaires s'alimente au principe même du fonctionnement des services publics qui garantit «l'immunité aux professionnels contre les clients». «Si leur programme ne donne pas de résultats et ne rejoint pas les personnes les plus nécessiteuses, ça ne les empêche pas de dormir. Leur financement ne sera pas coupé».

Les infirmières. On pourrait écrire un chapitre sur les infirmières, qui s'intitulerait «du personnel apprécié». En effet, l'ensemble des commentaires recueillis sur les infirmières sont positifs, qu'elles interviennent dans un CLSC ou dans un hôpital. On les apprécie tant pour leur compétence professionnelle que pour leur compétence relationnelle : «elles

sont accueillantes, humaines et compétentes» ou «s'il fallait qu'ils (CLSC) enlèvent l'infirmière dans notre paroisse, on ne sait pas ce qu'on ferait». Lorsqu'on déplore une détérioration de leurs relations avec les bénéficiaires on apporte tout de suite l'explication de cette situation : «elles sont trop débordées». Les auxiliaires familiales ainsi que tout le personnel de service à domicile sont aussi grandement appréciés par les représentants et les personnes des organismes communautaires.

Par contre les commentaires recueillis sur les médecins, surtout en région, sont souvent peu encourageants. En plus de parler de l'insuffisance de médecins en région, la plupart ont manifesté leur insatisfaction quant à la qualité des soins. Plus d'un les traite de «vrais bouchers», surtout les spécialistes, tels les chirurgiens. On souligne aussi tous les inconvénients reliés au fait que les médecins généralistes ne restent souvent que pour une courte période (plus ou moins un an) : la continuité n'est ainsi jamais assurée puisqu'ils ne savent jamais s'ils vont revoir le même médecin. Les spécialistes itinérants (une journée par semaine ou par mois) ne sont guère plus appréciés. Le travail accompli par les médecins des CLSC dans les régions éloignées est, lui, apprécié.

Les répondants des organismes communautaires reprochent souvent aux médecins des cliniques privées et des hôpitaux leur manque d'éthique : «ils sont trop expéditifs et ils donnent trop de médicaments sans expliquer les effets secondaires possibles». Les psychiatres ont aussi fait l'objet de plusieurs commentaires négatifs.

Les travailleurs sociaux

L'évaluation des travailleurs sociaux est soit très positive ou très négative. Dans le premier cas, on les identifie comme étant proches du milieu alors que dans l'autre cas on les classe à l'opposé «comme les pires du réseau». Pour mieux comprendre ces différences d'évaluation, il faut regarder dans quels secteurs ils interviennent lorsqu'ils suscitent de tels commentaires.

Les évaluations positives portent sur les travailleurs sociaux dans les domaines de la santé mentale, de la déficience physique ou mentale, dans les services de maintien à domicile ou dans les services pour les jeunes dans les CLSC. Dans ces cas, les travailleurs sociaux sont identifiés comme faisant preuve de beaucoup d'initiative, comme étant proches du milieu et donnant le maximum même s'ils sont surchargés de travail.

Les commentaires négatifs viennent d'organismes ou de représentants de conseils d'administration qui ont des contacts avec les travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse. Leurs commentaires sur ceux-ci sont très durs. L'un des répondants d'un organisme communautaire dira :

> «le plus gros problème du jeune par rapport au réseau, c'est le travailleur social. Il travaille pour le bien du jeune avec une idéologie scientifique. La religion plus la science c'est ce qu'il y a de pire pour éloigner quelqu'un du milieu».

On pourrait résumer ainsi la pensée de la majorité des parents impliqués dans un groupe d'entraide ainsi que des membres d'un comité de bénéficiaires d'un centre d'accueil qui ont eu des relations avec les services de protection :

> «une minorité de parents est satisfaite des travailleurs sociaux. On a trop de difficulté pour les rejoindre. On les appelle en crise et ils nous rappellent une semaine ou deux plus tard, ça ne donne rien». «Ils sont trop centrés sur leur procédure; ils ne prennent pas le temps de nous informer de nos droits et d'ailleurs, ils n'aiment pas les parents informés».

Les organisateurs communautaires des CLSC suscitent des commentaires négatifs chez les représentants dans les conseils d'administration et des commentaires plus partagés chez les organismes communautaires. Les représentants des conseils d'administration s'interrogent souvent sur le travail qu'ils peuvent faire et sur les résultats qu'ils obtiennent : «ils se cherchent constamment, ils sont loin des besoins de la population et n'ont pas tellement de résultats». Chez les répondants des organismes communautaires, les positions varient : dans les organismes de services, dix répondants ont mentionné le travail fait par les organisateurs communautaires en disant apprécier le support et l'aide technique reçus. Parmi les vingt associations rencontrées, une seule en a parlé et ce, en termes négatifs. Le peu de commentaires fait par les organismes sur les organisateurs communautaires (11/61) conduit à se demander s'ils sont très présents auprès d'eux. Comme les CLSC se définissent un mandat en ce sens, nous restons perplexes quant à l'évaluation à en faire.

L'attitude des employés (autant les professionnels que le personnel de soutien), face aux bénévoles et aux aides naturels a été abordé par plusieurs représentants et par des répondants des organismes communautaires. Plusieurs trouvent regrettable que les employés se sentent menacés par les bénévoles et les aides naturels. Des exemples en ce sens ont été fournis par des représentants dans les conseils d'administration : ainsi, dans un hôpital des bénévoles avaient mis sur pied un service d'accueil pour les bénéficiaires que les gardiens (par le biais de leur syndicat) ont fait fermer parce qu'ils ont eu peur de perdre leur travail. Un autre commentaire a aussi été recueilli :

> «les gens s'adressent souvent aux travailleurs sociaux du CLSC et aussi en même temps au curé. Les établissements et les professionnels ça les choque que ça puisse être le marchand du coin ou le curé qui aide et intervienne comme aide naturel. Les travailleurs sociaux à ce moment se

> disent de quoi ils se mêlent. On devrait plutôt essayer de développer des ressources dans le milieu. L'attitude des travailleurs sociaux n'a pas toujours été comme cela. Qu'est-ce qui s'est passé je n'en ai aucune idée.»

Les commentaires de ces diverses personnes vont dans le sens non pas d'utiliser ces ressources comme un sous-produit ou du «cheap labor» mais plutôt de laisser et même de favoriser le développement de ressources aidantes dans le milieu. Les répondants des organismes communautaires vont quant à eux un peu plus loin dans leurs demandes. Ils souhaitent obtenir une reconnaissance de la qualité du travail qu'ils effectuent (voir chapitre 4).

8. Les structures

- Complexes et coûteuses

Nous demandions aux représentants et aux répondants des organismes communautaires ce qu'ils pensaient des structures développées par le réseau des Affaires sociales. Environ 60 % des représentants, essentiellement ceux des centres d'accueil et des centres de services sociaux, ne connaissaient pas le réseau à part bien sûr l'établissement dont ils sont membres. Chez les répondants des organismes communautaires, très peu aussi ont commenté ce point : comme si le réseau était «en dehors d'eux complètement».

Les commentaires des représentants des conseils d'administration portent essentiellement sur la complexité des structures et donc sur la difficulté de se retrouver et de savoir où s'adresser devant tant d'établissements. Le coût exhorbitant de ces diverses structures «qui représentent autant d'argent qui ne va pas aux services directs à la population» a aussi été mentionné par

plusieurs. Le trop grand nombre d'établissements ainsi que leur grosseur a aussi été remis en question : on parle de structures trop lourdes, trop loin du milieu, où les cadres sont trop nombreux, et... trop payés.

- Les améliorations

Les représentants des usagers ont insisté sur la nécessité de clarifier, de diminuer les structures et de réaliser une vraie décentralisation. Ainsi, certains suggéraient d'éliminer des catégories d'institutions (les CRSSS, les CSS) et de regrouper les services. D'autres suggèrent de mettre le pouvoir le plus près possible des citoyens et d'assurer aussi plus d'autonomie aux établissements («remettre des enveloppes et laisser le pouvoir de gérer»). Dans le même sens, certains souhaitent qu'on arrête d'avoir un modèle unique pour toute la province et qu'on permette à chaque région de s'organiser selon ses caractéristiques. Ce qu'on désire en fait, c'est une structure souple qui permette de s'adapter et de répondre aux besoins des clientèles.

Les commentaires des répondants des organismes communautaires vont aussi dans le même sens. Ils souhaitent que le système public devienne un réseau de petits établissements autonomes (budgets et pouvoir de décision) qui se concertent pour éviter la duplication des services et pour développer les services jugés essentiels dans chaque localité.

Les questions sur les structures du réseau ont suscité peu d'intérêt chez les divers répondants. C'est d'ailleurs un des points sur lesquels on a recueilli le moins de commentaires; comme si cet aspect était trop compliqué, trop loin de leurs

préoccupations quotidiennes et qu'en même temps, ils y voyaient peu de pouvoir d'influence.

CONCLUSION

Que pouvons-nous dégager de ce que les personnes rencontrées ont dit du réseau public ? D'abord, certains éléments ressortent clairement : les services de maintien à domicile et certains services médicaux dit «préventifs» des CLSC sont largement appréciés. On souligne leur qualité et leur réponse adéquate aux besoins de la population. Parmi le personnel, les infirmières et les auxiliaires familiales sont celles qui font le plus l'objet de commentaires élogieux.

Par contre, les services de protection de la jeunesse ont suscité les commentaires les plus négatifs. L'ensemble des commentaires sur les autres services sont plus partagés. Ainsi, les hôpitaux ont à la fois suscité des commentaires positifs (personnel apprécié, petits hôpitaux...) et des commentaires négatifs, (délais d'attente, urgence). Les médecins quant à eux ont fait l'objet de différents commentaires : manque de disponibilité, d'écoute. En région, l'absence des spécialistes, et souvent leur incompétence, a été déplorée. C'est d'ailleurs sur ce seul élément que des différences de commentaires ont été recueillies selon les régions. Ainsi, au départ nous nous attendions à des différences marquées dans l'évaluation des services selon les régions, mais il y en a très peu et ce, autant pour les services de santé que les services sociaux. Nous pensions trouver dans certaines régions, comme sur la Côte-Nord, des problèmes plus cruciaux que dans les grands centres dans différents secteurs tels, les urgences. Mais le contraire s'est produit : les personnes rencontrées ont dit avoir l'impression d'être mieux

desservie pour les urgences... pas pour les services spécialisés cependant. En effet, la spécialisation de plus en plus grande des actes médicaux (tels les accouchements) a eu pour effet de les rendre difficilement accessible à toute une partie de la population éloignée des grands centres.

Les services sociaux des CSS et CLSC ont fait l'objet de nombreuses critiques, moins importantes cependant que pour les services de protection de la jeunesse. En ce qui concerne les CSS, on souligne l'inaccessibilité de leurs services ainsi que leur éloignement des besoins réels de la population : «il faut redéfinir leurs objectifs en fonction des besoins actuels.» Le scepticisme est donc important face au travail social accompli et aux résultats obtenus par ces établissements. Cette attitude est certainement en partie due au fait que les services offerts sont moins concrets et les résultats moins tangibles que dans le secteur de la santé. Ceci n'explique cependant pas tout et les critiques recueillies, particulièrement en ce qui concerne les services des CSS, sont suffisamment importantes pour susciter des interrogations quant aux services dont on s'est doté puisque ce sont eux qui absorbent la presque totalité des budgets dans le secteur des services sociaux.

Un autre élément à retenir de l'ensemble des commentaires porte sur la diminution de la qualité et parfois même de l'accessibilité des services. Comme si l'amélioration des techniques, la spécialisation des intervenants et le développement du réseau s'étaient fait au détriment d'une qualité de relations, d'une disponibilité et d'une ouverture qu'on regrette. La façon de rendre les services et l'attitude des professionnels ont aussi été remis en question de façon importante ; les visions et les approches trop compartimentées ne sont plus acceptées.

En fait, on finit par se demander si, en dehors de l'accessibilité financière aux services de santé, les services eux-mêmes se sont tellement améliorés au cours des dernières années, surtout lorsqu'on réalise que la plupart des services dont les personnes se sont dites satisfaites existaient avant la réforme et que plusieurs déplorent la détérioration de la qualité de la relation.

Que souhaitent donc les personnes, maintenant qu'on a «la spécialisation et les équipements nécessaires» ? Que faudrait-il améliorer pour qu'elles soient plus satisfaites ? Certaines nous l'ont dit : des établissements souples qui puissent s'adapter aux besoins des populations et aux particularités régionales; des professionnels plus disponibles, plus humains, moins préoccupés de procédures et de dossiers; des services pour les clientèles plus démunies : les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant des problèmes de santé mentale; une présence plus grande des usagers dans l'évaluation des services et la définition des orientations afin que le réseau public ne soit plus «qu'une affaire de professionnels», mais une responsabilité de la communauté. Ainsi plusieurs ont insisté sur le fait que l'évaluation des services ne doit plus être laissée aux seules mains des professionnels mais doit être une responsabilité partagée entre les usagers, les professionnels, les conseils d'administration et le Ministère. Cette implication conjointe permettrait de corriger des situations qu'on reproche actuellement à certains établissements, soit de ne pas être suffisamment adapté aux besoins de la population et de fonctionner en vase clos.

Deuxième Partie

L'ÉVALUATION DES RELATIONS

ENTRE

LES ÉTABLISSEMENTS ET LES ORGANISMES DU MILIEU

Chapitre 4 : L'ÉVALUATION DES RELATIONS

On le reconnaît de plus en plus, la partie institutionnelle du domaine des affaires sociales n'est que la pointe de l'iceberg de cet univers. En effet, même si les services publics se sont énormément développés depuis 50 ans, ils n'en demeurent pas moins secondaires par rapport à l'ensemble des interventions de la société dans ce domaine. Cet état de choses est d'ailleurs aujourd'hui de plus en plus reconnu par l'État et les institutions elles-mêmes.

Ainsi, non seulement l'État doit adapter ses services suite aux revendications diverses émanant de la communauté; mais les institutions doivent aussi reconnaître la nécessité pour elles d'être en lien, en continuité avec l'ensemble des ressources insérées dans le tissu social. Plusieurs facteurs interviennent dans la détermination du type de relations qu'entretiennent le réseau public et les groupes du milieu. Cependant, c'est certainement le degré de reconnaissance accordée à l'autre qui marque le plus les relations entre les deux.

Selon les besoins à combler et la reconnaissance accordée, les institutions publiques ont développé différentes façons d'être en lien avec des organismes communautaires :

1° Elles peuvent soutenir leur création et favoriser leur fonctionnement.

2° Elles peuvent établir une collaboration qui tient compte des services offerts par chacun et donc, à ce titre, être complémentaires.

3° Enfin, puisqu'il existe un certain nombre d'interventions que la société considère nécessaire de voir prendre en charge par l'État, les institutions ont donc un rôle de relève

c'est-à-dire qu'elles doivent reprendre, poursuivre, compléter le travail amorcé par les organismes communautaires. Ce qui ne signifie pas nécessairement une centralisation et une bureaucratisation.

L'étude des relations que les établissements ont établies avec les organismes communautaires constitue une façon d'évaluer le réseau public qui vient s'ajouter à l'évaluation des services fournis aux usagers dont nous rendions compte dans le chapitre précédent.

Au départ, mentionnons qu'il y a très peu de relations formelles qui existent entre des établissements et des organismes communautaires. Il s'agit surtout de relations individuelles et de bonne collaboration de personnes impliquées dans le même secteur qu'eux, qui reconnaissent leur travail et qui ne se sentent pas menacées par ce qu'ils font. Les organismes communautaires sont donc très peu en contact avec les directions des établissements ou les conseils d'administration, sauf à titre personnel, à moins d'y connaître déjà quelqu'un. Un des répondants expliquait en ces termes les raisons de cette absence de relation à ce niveau :

> «L'usager n'a pas de pouvoir. Aller là, ce serait pour nous une surcharge. On n'a pas les moyens d'aller sensibiliser les institutions. Moi, je me contente d'appeler les intervenants «corrects». Le réseau dispose déjà d'assez de ressources sans que nous, on aille dépenser les nôtres pour eux !»

Par contre, il a été intéressant de constater que presque toutes les personnes rencontrées dans les organismes communautaires (même celles qui décriaient le travail accompli par le réseau public) étaient en contact avec au moins un professionnel «différent des autres» qui, lui, «était ouvert, compétent et qui collaborait». Il constituait pour eux «l'exception du réseau» : mais nous avons réalisé que beaucoup de personnes avaient son exception !

1. Des relations très limitées, voire inexistantes !

Les organismes qui ont peu ou pas de relation avec le réseau sont habituellement ceux qui n'ont pas de contact avec «des professionnels exceptionnels». Six (6) organismes se retrouvent dans cette situation. Cette absence de relations s'explique de diverses façons : pour certains (l'exception), il s'agit d'un choix : leur philosophie, leur approche est tellement différente qu'ils ne voient pas l'intérêt de se lier à ce réseau (Alcooliques Anonymes). Par contre, ils reconnaissent la nécessité de recourir, à l'occasion, à des professionnels comme les médecins.

D'autres ont renoncé à développer des relations suite à des échecs de prise de contact. Ainsi un groupe d'entraide a fait plusieurs tentatives pour obtenir des conférenciers des CLSC ou de l'hôpital qui viendraient leur parler de l'alcoolisme; mais personne n'a voulu venir. Ils ont fini par obtenir la collaboration de policiers de la Sûreté du Québec, qui de par leur travail, sont en contact avec de nombreuses personnes alcooliques. Ce refus des établissements du réseau les a amenés à s'organiser «en dehors d'eux» et à ne plus vouloir établir de contact.

Enfin, il existe d'autres organismes, centrés sur la famille ou la santé mentale, qui aimeraient bien collaborer avec des établissements. Mais, jusqu'à maintenant, ceux-ci refusent de les reconnaître parce qu'ils ont des valeurs différentes, ou ont des approches menaçantes... Ces organismes se disent déçus de l'attitude du réseau parce qu'eux souhaitaient travailler en collaboration.

2. Des relations de soutien

Le premier type de relations qui existe entre le réseau et les organismes communautaires consiste en une relation de soutien : soutien au démarrage qui peut prendre la forme d'un leadership exercé par les professionnels ou d'une participation à la création, et soutien au fonctionnement.

- Le soutien à la création

Environ 25 % des personnes rencontrées (16/61) ont mentionné qu'un professionnel du réseau a été impliqué dans la mise sur pied de leur organisme. Seulement quatre ont souligné que leur organisme a été créé suite à une initiative du réseau public et il s'agit essentiellement de maisons de jeunes.

Les douze (12) autres organismes créés avec la participation d'un professionnel du réseau interviennent surtout auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il s'agit autant d'associations (AQDR), de groupes d'entraide (santé mentale) que d'organismes de services (maintien à domicile, maison de jeunes, centre de bénévolat). Les services offerts par ces organismes viennent compléter ce qui se fait dans le réseau ou suppléer à une absence de services pour une clientèle (les jeunes). Des professionnels ont aussi participé à la création d'un groupe d'entraide de parents, d'un autre pour personnes alcooliques et de maisons de femmes.

La participation de personnes du réseau à la création d'organismes communautaires est dans l'ensemble évaluée positivement. D'ailleurs les commentaires les plus positifs reçus sur les

organisateurs communautaires des CLSC (dont c'est un de leur mandat) concernent essentiellement leur participation et leur soutien à la création et au fonctionnement des organismes. Leur apport est souvent considéré comme très profitable pour le milieu surtout lorsque l'organisme créé retourne au milieu.

> «Le rôle du CLSC c'est d'aider au démarrage des groupes et une fois que ça fonctionne bien, c'est de se retirer et de recommencer la même chose à côté; c'est ce qu'ils ont fait avec nous.»

Les résultats sont plus mitigés lorsque l'établissement conserve des liens trop étroits, trop envahissants avec l'organisme qu'il a contribué à mettre sur pied. «S'il (le CLSC) pouvait donc nous laisser tranquille et nous laisser nous organiser tout seuls; là, on est obligé d'avoir des liens.»

- Le soutien aux organismes

Le soutien aux organismes peut prendre diverses formes. Un peu toutes les catégories d'établissements fournissent du soutien technique à des organismes même si ce phénomène est plus répandu dans les CLSC. Cette contribution par le prêt occasionnel de locaux et de matériel n'engage pas beaucoup les deux parties et est généralement appréciée. Par contre, le fait de loger en permanence dans un établissement du réseau comporte des contraintes et un danger de récupération. La proximité qui favorise les échanges d'information pose aussi certains problèmes quand l'établissement a tendance à «refiler des cas de plus en plus lourds» et à voir l'organisme comme une «excroissance de ses services».

Le soutien professionnel est lui beaucoup plus important et engageant. Il peut prendre la forme d'une présence d'un intervenant du réseau au conseil d'administration de l'organisme (11/61), d'une participation de professionnels à des conférences organisées par l'organisme ou d'une implication comme personne-ressource. Il s'agit ici essentiellement de «sympathisant individuel» à l'approche et aux service de l'organisme. Quelques établissements (surtout des CLSC) ont aussi soutenu des organismes en leur prêtant du personnel (6 organismes).

Les organismes apprécient cette présence d'un intervenant du réseau à la stricte condition que celui-ci n'essaie pas de tout changer. C'est l'aide, le soutien d'une personne possédant des compétences qu'on n'a pas et qui accepte de les partager que les groupes apprécient. Ceux qui s'impliquent sans vouloir requestionner, influencer les orientations de base des groupes, mais cherchent plutôt à les aider à améliorer leurs services sont bienvenus. Ainsi, un des organismes oeuvrant dans le secteur de la santé mentale a mentionné tout l'apport professionnel apporté par des intervenants sociaux, des psychologues et mêmes des psychiatres, qui leur permet de continuellement améliorer leurs services. Leur satisfaction de ce soutien est suffisamment grande pour que les permanents de l'organisme songent à le formaliser en demandant à ces personnes de faire partie de leur conseil d'administration.

Les autres intervenants, ceux qui viennent avec l'intention de modifier leur approche, d'orienter les services ou encore, de les inciter à prendre des clientèles différentes, plus lourdes, sont jugés sévèrement. Ainsi a-t-on vu des maisons de femmes prendre leur distance vis à vis des travailleuses sociales d'un CSS qui voulaient de plus en plus centrer l'approche sur la famille et

favoriser le maintien de celle-ci alors qu'elles souhaitaient maintenir une approche d'abord centrée sur la femme et ses besoins. Une des maisons de jeunes rencontrée était aussi intéressée à couper toute relation avec le CLSC parce que celui-ci devenait trop envahissant, voulait définir toutes les activités.

Les organismes sont peu intéressés à un soutien trop envahissant et directif. Ce qu'ils apprécient en fait, c'est toute forme de soutien qui leur permet d'améliorer les services qu'ils ont mis sur pied selon leur approche.

3. Des relations de collaboration

Les relations entre les groupes et le personnel des établissements peuvent être centrées sur une collaboration dans une relation de travail. Ceci peut prendre la forme d'échange d'informations, de référence de personnes et peut même aller jusqu'à un travail conjoint pour les mêmes clientèles (discussion de cas).

- Les références

Une bonne partie des organismes qui donnent des services ont des relations avec des établissements du réseau qui consistent en de la référence de cas. La façon dont se fait cette référence, c'est-à-dire à sens unique ou mutuelle, constitue un élément d'information sur la reconnaissance accordée par le réseau aux organismes. Ainsi, sur les 31 organismes qui ont ce genre de relation avec le réseau, 21 vivent une relation à sens unique avec le réseau qui leur réfère des cas. Cette situation se produit surtout avec les CLSC et s'explique à la fois par le rôle «d'accueil, d'information et de référence» confié aux CLSC (porte

d'entrée), et aussi à la fois par le fait qu'ils rejoignent souvent les mêmes clientèles et offrent donc des services complémentaires. Des relations de référence mutuelle sont cependant moins fréquentes (9), quoique cependant pas aussi isolées que les références à sens unique des organismes vers le réseau (2).

Le type de relation le plus fréquemment rencontré est donc celui où le réseau réfère des personnes aux organismes communautaires. En effet, les références sont nombreuses vers les maisons de jeunes, les maisons de femmes, les services de maintien à domicile et les différents groupes d'entraide pour les parents, les familles monoparentales, les alcooliques, les déprimés, les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les organismes qui sont dans cette situation ont des positions partagées sur ce type de rapport; ils insistent sur toutes les réserves qu'ils ont. Les organismes sont d'abord conscients du caractère inégal des relations qu'ils entretiennent, et du fait que celles-ci ne signifient pas nécessairement une reconnaissance de leur rôle spécifique. Comme les relations des établissements avec ces groupes s'articulent essentiellement autour des demandes de services pour une clientèle à qui le réseau ne peut offrir les services adéquats, ces références ne reposent pas sur la conviction que les groupes communautaires feront mieux qu'eux. Elles proviennent du fait soit que les établissements ne disposent malheureusement pas de toutes les ressources humaines et financières pour s'acquitter eux-mêmes de cette tâche, soit qu'ils sont moins intéressés à offrir certains services ou que les demandes leur proviennent au mauvais moment. Ainsi, a-t-on plusieurs exemples mentionnés par des organismes où des établissements ont changé d'attitude lorsqu'ils ont décidé d'offrir eux-mêmes des services (maisons de femmes). D'autres se

sont vus référer des clientèles dont le réseau ne voulait pas beaucoup s'occuper (certaines catégories d'handicapés mentaux ou physiques, surtout s'ils souffrent en plus de problèmes de comportement) ou encore certains voient les références devenir plus nombreuses après 16 heures et davantage encore le vendredi. De telles attitudes amènent les organismes à se sentir utilisés par le réseau et à être sur la défensive.

> «Ils nous réfèrent des cas et sont surpris quand on leur dit non, ce sont des cas trop lourds pour nous. Dernièrement l'agent de liaison a réuni nos bénévoles et voulait les utiliser directement en leur référant des bénéficiaires. Moi je l'ai appelé et je lui ai dit de ne pas utiliser directement les bénévoles mais de communiquer avec moi afin que j'évalue si on les prend ces cas-là. Certains sont trop lourds et les bénévoles ne veulent pas s'en occuper. Quand j'ai dit cela à l'agent de liaison, il était déçu mais je pense qu'il a compris.»

Les organismes ne veulent pas jouer un rôle de «dumping» au moment où le réseau public diminue ses services. Mais en même temps, certains sont tout à fait conscients que les relations de collaboration qu'ils ont actuellement pourraient dégénérer en compétition ouverte, si ce n'était de la rareté des ressources qui oblige le réseau à transiger avec eux. Ainsi, les compressions budgétaires imposées au réseau depuis quelques années ont deux effets sur les organismes communautaires : elles représentent un danger «de dumping» mais en même temps elles favorisent leur maintien et le développement de relations avec le réseau public, qui devient obligé de travailler avec eux.

Les organismes ont cependant certainement raison quand ils se plaignent du peu de reconnaissance de leurs services. En effet, lorsqu'on reconnaît non seulement la pertinence du travail accompli, mais aussi la capacité des personnes qui rendent des services à évaluer des situations, on les considère comme des

partenaires égaux et on agit comme on le fait entre établissements du réseau, c'est-à-dire en se faisant mutuellement des références. Cela n'est pas encore très répandu et se fait surtout avec les centres de bénévolat. Les organismes qui sont dans cette situation ont un certain nombre de caractéristiques communes : ils sont assez gros, bien implantés dans leur milieu et ont une «crédibilité certaine» dans leur communauté. Tous sont des organismes qui ont «fait leurs preuves» dans leur milieu (maison communautaire, groupe d'entraide)

Les organismes dans cette situation évaluent assez positivement les relations de collaboration et de complémentarité avec le réseau public. Ils mentionnent cependant la nécessité de demeurer constamment vigilants afin d'empêcher que les relations se détériorent. La plupart ont démontré de la fermeté face au réflexe qu'a le réseau de référer des cas lourds. Quelques-uns affirment même avoir dû lutter dans le passé afin de parvenir à la situation actuelle.

> «Les relations sont bonnes parce que le Centre est prudent. On n'accepte jamais de prendre des cas directement de l'établissement, mais on prend le nom de la personne référée et on communique avec elle. Il ne faut pas qu'un établissement apprenne le nom d'un bénévole car il finira par communiquer directement avec lui et l'envahira totalement. Le danger de récupération existe toujours.»

- Le travail conjoint

Ce type de relations moins répandu (7 organismes) exige davantage d'ouverture, de reconnaissance mutuelle et d'échanges entre le réseau public et les organismes. Ici, non seulement on travaille avec les mêmes clientèles mais on reconnaît l'apport spécifique de chacun. Cette reconnaissance amène des échanges sur les besoins de leurs clientèles communes, sur les services à leur offrir et

même sur l'intervention elle-même. Concrètement, ce genre de relations signifie que des professionnels du réseau et des personnes des organismes communautaires discutent ensemble des services à fournir au client personne et du genre d'intervention qui lui convient le mieux : il s'agit d'une élaboration conjointe d'un plan de services.

Ce genre de relations formelles existe surtout avec des organismes offrant des services complémentaires aux services de maintien à domicile du réseau public (principalement les centres de bénévolat) et aussi avec des maisons d'accueil pour femmes ou alcooliques.

> «Nous on a des travailleuses sociales et des psychologues qui viennent régulièrement à la Maison et on discute ensemble de ce qui est le mieux pour la personne. Elle nous font confiance, reconnaissent l'évaluation qu'on fait et endossent nos recommandations quand on souhaite un placement à plus long terme.»

Ces organismes sont satisfaits de ces relations de collaboration. Elles signifient pour eux une reconnaissance et un respect du travail accompli par chacun des partenaires.

Le travail conjoint peut aussi vouloir dire participer à la création d'organismes afin de répondre à des besoins de clientèles dont se préoccupent à la fois le réseau et les organismes communautaires. Ce type de relation, pas très répandu (4) existe surtout avec des associations (AQDR, club Richelieu). L'évaluation qui en est faite varie selon l'attitude adoptée par l'établissement concerné. Dans trois cas, les associations ont été satisfaites de cette collaboration parce que l'établissement a respecté leur point de vue et que l'organisme créé correspond à ce qu'elles souhaitaient. Dans le dernier cas, l'association s'est sentie trahie parce que, une fois l'organisme créé,

l'établissement lui a donné une orientation différente de celle prévue et acceptée au départ : l'association s'est donc sentie utilisée et n'a plus le goût de répéter l'expérience.

En résumé, on peut retenir de ces relations de collaboration entre réseau et organismes communautaires qu'elles sont surtout le fait «d'individus» et non «d'entente entre établissements», sauf peut-être pour le rôle de soutien à la création et au fonctionnement où les CLSC sont très présents.

Ces relations sont appréciées par les organismes lorsqu'elles s'appuient sur une reconnaissance mutuelle, c'est-à-dire lorsque chacun reconnaît l'expertise et l'apport spécifique de l'autre et n'essaie pas d'influencer son travail. Pour les organismes, cela veut dire qu'on ne doit pas chercher à modifier leur approche et à influencer leurs services mais plutôt à soutenir le travail qu'ils ont choisi de faire.

4. Le relais par les services publics

Une troisième façon d'examiner les établissements publics dans leur rôle face aux organismes volontaires est de se demander comment ils prennent la relève lorsque la société considère qu'un service doit être assumé par l'État. Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de cette relève : soit que le service devient trop difficile à dispenser, demande une infrastructure, des moyens techniques importants; ou soit qu'on considère que c'est un droit pour tous et que c'est à l'Etat d'assurer cette accessibilité universelle.

Les critiques des répondants sur ce thème sont les plus sévères et nombreuses. Non seulement considèrent-ils que les établissements

assument mal une certaine relève; mais ils affirment aussi qu'ils font souvent le contraire. Ainsi a-t-on souvent l'impression d'une application d'une conception inversée du rôle des établissements : comme si l'objectif était souvent que tout devrait être assumé par le réseau public et que, quand on ne peut pas le faire, on «envoie des cas» ou on permet et encourage le développement de certains services communautaires pour pallier les insuffisances du réseau. Les organismes communautaires nous ont souvent fait part de l'attitude des établissements qui consiste à leur référer des cas trop lourds, à insister pour orienter leur travail et à les considérer comme des ex-croissance qui doivent intervenir lorsqu'eux, de par leur organisation du travail, sont moins en mesure de le faire (le soir après 5 heurs ou les fins de semaine...). Par contre, des organismes se plaignent aussi de l'attitude de l'État, une fois reconnue la nécessité d'une intervention publique, qui consiste à récupérer et à intégrer dans le réseau public des services qu'eux ont développé et qu'ils rendent mieux.

Cette dernière critique s'adresse surtout aux CLSC (même si on a eu aussi des exemples visant d'autres établissements) et à leur vocation communautaire et innovatrice. Pour les organismes du milieu, le rôle innovateur et communautaire des CLSC est évalué très négativement lorsqu'il consiste à imiter et à concurrencer les services qu'offrent les organismes communautaires. Ils sont cependant très appréciés dans leur rôle d'appui, de support et de collaboration avec les initiatives communautaires.

Cette méfiance quant au danger de récupération dans le rôle de relève du secteur public est présente chez la plupart des répondants des organismes communautaires. Il existe pourtant différentes façons d'assumer ce rôle dont certaines sont positives. Nous avons identifié trois façons de jouer ce rôle.

La première, qui est considérée positive et non menaçante, consiste en un rôle de relève du travail amorcé par les groupes communautaires lorsque les situations deviennent trop lourdes pour leur propre ressource. Ainsi avons-nous l'exemple d'un organisme communautaire pour les personnes âgées, bien implanté dans son milieu, (qui rend des services d'entretien ménager, de visite, de transport) et géré par des personnes âgées elles-mêmes qui sont en lien avec le CLSC et l'hôpital. Elles ont suffisamment de crédibilité pour que lorsqu'elles identifient qu'une personne a un besoin urgent des services d'un de ces établissements et qu'elles la réfèrent, l'établissement concerné réagit immédiatement et donne le service approprié, sans passer par toutes les phases habituelles d'évaluation et de délais de prise en charge. «Quand je demande de l'aide, ils savent que c'est pressé et ils répondent vite.» Ainsi dans cette situation, chacun joue son rôle et se complète.

Un autre type de récupération est non seulement considéré comme positive par des groupes mais est même revendiqué : l'intégration de certains services au secteur public. Ainsi des groupes, surtout des associations de parents d'enfants handicapés, ont comme objectif en démarrant des services de prouver leur utilité et de les faire intégrer au secteur public (services adaptés en milieu scolaire, services fournis par des établissements dans des maisons d'hébergement mis sur pied par eux...). Pour eux, il est normal lorsqu'un besoin dépasse la capacité de répondre des organismes ou devient une responsabilité de société, que l'État intervienne et joue un rôle important. Il n'y a cependant pas une seule façon de jouer ce rôle. La reprise intégrale par l'État est un moyen souvent retenu qui convient aux organismes communautaires lorsque ceux-ci reconnaissent qu'il s'agit de services qui ne relèvent plus d'eux. Ils acceptent donc dans ces cas que leur rôle de pionnier est terminé et que leurs activités consisteront

maintenant à s'assurer que les services continueront d'être dispensés de façon satisfaisante.

Il y a cependant toutes les autres situations, et celles-ci suscitent de vives critiques, où les organismes se voient dépossédés des services qu'ils ont démarré alors qu'ils se jugent les plus appropriés pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs exemples pourraient être donnés. En premier lieu, nous retrouvons les situations où l'État finit par reconnaître la nécessité d'une intervention généralisée sur tel type de problème et décide d'en confier la responsabilité à un établissement du réseau.

C'est le cas des maisons de femmes qui ont développé non seulement des services d'hébergement pour des femmes victimes de violence mais aussi des services de soutien et d'aide psycho- sociale. Depuis des années, les maisons de femmes se sont battues pour faire reconnaître l'importance de tels services pour les femmes victimes de violence. Leurs objectifs étaient de faire reconnaître par l'État l'importance de développer des services spécifiques pour ces problèmes et par conséquent d'obtenir le financement approprié pour les rendre. Que s'est-il passé ? Laissons la parole à une représentante des maisons de femmes : «C'est nous qui depuis 7 ans avons poussé, défendu la problématique des femmes victimes de violence et avons développé les services; la politique du ministère, maintenant c'est de dire que le suivi doit être réservé aux CLSC : on n'aura plus de subventions pour cela. Nous, on voulait que la problématique soit reconnue mais on ne voulait pas que les services soient récupérés puisqu'on le fait mieux qu'eux. Qu'ils (le CLSC) nous laissent donc notre secteur et qu'ils couvrent donc d'autres secteurs pauvres, comme la santé mentale». Une autre a ajouté «maintenant que c'est à la mode, le CLSC veut offrir les mêmes services que

nous, mais avec plus de moyens. Dernièrement, le conseil régional avait des subventions à donner : devinez qui les a eues ?»

D'autres exemples de récupération, plus localisées, ont aussi été apportés, tel ce groupe d'entraide pour les personnes dépressives qui s'était développé dans une région périphérique et qui a été récupéré par l'hôpital. Le groupe d'entraide fonctionnait depuis un certain temps lorsque l'hôpital a eu un budget pour mettre sur pied, sur le même territoire, des activités pour les personnes dépressives et isolées. Comme l'hôpital allait chercher les personnes chez eux et leur offrait un service de transport gratuit, le groupe d'entraide a perdu toute sa clientèle.

Un autre nous faisait part de son expérience avec le réseau public. Face à la montée du suicide chez les jeunes, un groupe de parents décide d'organiser une ligne téléphonique permanente du type «S.O.S.». Il demande une subvention au conseil régional qui se voit empêché de leur accorder par le CLSC qui affirme que cela relève de leur mission. Le projet est arrêté. Après de nombreux mois de réflexion, le CLSC produit un volumineux rapport sur la «problématique» du suicide et sur la prévention (primaire, secondaire, tertiaire, cela va de soi) et recommande que la ligne téléphonique soit de leur ressort de 9 à 5 heures, après quoi les parents prendraient la relève... !

Ainsi de nombreux exemples ont été apportés d'établissements qui cherchent à s'approprier des intiatives au lieu de les soutenir, ou d'un réseau public qui tient à intégrer des services (du moins la partie des services qui l'intéresse !) dès qu'ils sont reconnus comme devant être généralisés. Les CLSC sont les plus aux prises avec ce problème lorsqu'ils cherchent à remplir leur mission communautaire. Ce qui se passe démontre leur difficulté à trouver un rôle approprié dans ce domaine.

Serait-ce que les institutions veulent se donner une image d'innovateur vis à vis la population, ou peut-être plus vis à vis du Ministère ? Serait-ce aussi que les institutions s'imaginent être les seules à pouvoir bien rendre des services et ont, à ce titre, tendance à vouloir faire ce que d'autres font souvent mieux qu'elles. L'originalité des organismes communautaires, c'est leur souplesse et leur mobilité qui leur permet d'innover et de s'adapter rapidement à la diversité des demandes et des besoins. Lorsque les établissements viennent soutenir, compléter, relayer ce réseau communautaire au lieu de chercher à s'approprier leurs innovations, les relations sont possibles et satisfaisantes. Sinon, la méfiance règne !

5. Conclusion

Globalement, les résultats laissent à désirer : on est face à deux mondes qui fonctionnent selon leurs propres valeurs, (voir chapitre six) règles et qui ont des échanges formels limités. Les problèmes sont nombreux : utilisation, récupération, travail parallèle, méfiance. La non- reconnaissance du travail effectué en dehors du réseau public, et sans le contrôle de celui-ci, est un des principaux blocages au développement de relations harmonieuses et fructueuses. Actuellement, c'est souvent l'organisme communautaire qui est utile à l'établissement en acceptant beaucoup de références plutôt que l'inverse. Malgré cette situation, beaucoup d'éléments prometteurs permettent d'envisager une évolution positive.

Parmi ceux-ci, notons que, même si les relations entre établissements et organismes sont rarissimes, les relations entre personnes oeuvrant dans un même secteur sont nombreuses. En effet, une majorité de répondants des organismes communautaires sont en lien avec au moins un intervenant qu'ils qualifient

«d'exceptionnel, d'intéressant, d'ouvert... et de compétent». On remarque d'ailleurs que les organismes communautaires et le personnel du réseau en contact direct avec la clientèle (les travailleurs sociaux, les infirmières, les auxiliaires familiales...) sont très près les uns des autres : ils partagent les mêmes préoccupations, les mêmes intérêts et ils connaissent les personnes qui reçoivent les services. Les deux sont souvent limités dans leur intervention même si les raisons en sont différentes : l'un plus par manque de ressources, l'autre par un cadre trop rigide. La collaboration entre les deux se fait par des échanges d'informations, de soutien à l'intervention et de références.

L'implication dans les structures de «l'autre» est aussi un phénomène intéressant. Ainsi a-t-on constaté que plusieurs employés du réseau public (des intervenants) sont impliqués d'une manière formelle dans les organismes communautaires (participation au conseil d'administration) et que l'inverse est aussi vrai. Même si un bon nombre d'organismes se disent peu intéressés à s'impliquer dans les conseils d'administration des établissements parce que les résultats sont trop limités, cette présence d'individus est encourageante.

Des expériences de collaboration sont considérées positives et on peut en dégager certaines conditions de réussite[1]. La reconnaissance de la compétence de l'autre intervenant et de l'utilité de son travail est déterminante. Pourquoi entrer en relation avec quelqu'un si on ne considère pas qu'il peut apporter quelque chose de plus, quelque chose de différent ou de nouveau ? C'est ce qui motivera un établissement à référer un client à un groupe du milieu et vice versa. L'absence de reconnaissance de

---

1. Sur ce sujet voir le chapitre suivant.

compétence aura l'effet inverse. Un des organismes rencontrés dira que le CLSC, contrairement au CSS et à l'hôpital refuse de leur référer des femmes : «il ne reconnaît pas notre travail parce qu'il n'y a pas de professionnels à la maison». Au même titre, des groupes d'entraide peuvent ne pas référer au réseau parce que dans leur secteur, ce sont eux qui ont la connaissance et qui obtiennent des résultats, pas les professionnels.

> «Nous, nous sommes près des gens; si on ne vit pas le problème, on ne peut pas le comprendre. Ici, le monde est accueilli en tant que personne et on reconnaît la souffrance. On ne trouve ça nulle part ailleurs, surtout pas dans le réseau.»

Les organismes qui ont réussi à établir les relations les plus égalitaires avec les établissements du réseau ont certaines caractéristiques communes : ils sont tellement bien implantés dans leur milieu qu'il serait presqu'impensable (voire suicidaire) pour les établissements de ne pas en tenir compte; ils sont habituellement diriger par de «fortes personnalités» : des personnes sûres d'elles-mêmes, capables de défendre et même d'imposer leurs vues et d'obliger le réseau public à tenir compte de leur présence et de leur rôle spécifique dans l'élaboration de leurs programmes. Deux femmes dans un organisme communautaire ont bien compris l'importance de cet aspect. C'est avec un peu d'appréhension qu'elles voyaient le CLSC s'implanter dans leur région - même si elles avaient participé dès le début à sa mise en place de façon à s'assurer qu'il «ne pile pas sur leur plate-bande» - car elles se souvenaient que l'arrivée d'un tel établissement dans une région avoisinante avait fait mourir un organisme semblable au leur. Une seule chose semblait les protéger des possibles vélléités de récupération du CLSC : leur présence, leur force de caractère. «Tant qu'on sera là, le CLSC ne pourra pas nous faire mourir. C'est pour ça qu'il faut penser dès maintenant à la relève c'est-à-dire trouver des gens capables d'affronter le CLSC et de lui fermer la porte s'il le faut».

Donc malgré des relations nombreuses et de différents types avec des individus exceptionnels[1], la majorité des organismes communautaires ne vivent pas des relations ouvertes et égalitaires avec les établissements. On serait plutôt face à un «blocage généralisé» dû à des modes de fonctionnement différent : les valeurs, les approches, le langage sont souvent à l'opposé comme on le verra dans le chapitre suivant. La méfiance de la majorité des professionnels face aux groupes communautaires, aux bénévoles et aux aidants naturels est aussi identifié comme un élément important de ces relations limitées, comme le mentionnait un des répondants.

> «Il y a des médecins qui ne veulent rien savoir des Alcooliques Anonymes. Ils sont comme les travailleurs sociaux, ils ont peut-être peur de se faire prendre leur job. C'est par exemple comme un électricien qui s'apercevrait que le menuisier fait sa job à sa place et qu'il est capable de la faire.
>
> L'électricien va se dire «je vais perdre la mienne s'il y en a un autre qui est aussi bon que moi !». C'est peut-être ça qui fait que le réseau ne tolère pas assez les ressources de support».

La situation de part et d'autre pourrait être résumée en disant «chacun sur son terrain et défendons-nous». La majorité des organismes ont peur de se faire récupérer et maintiennent donc une certaine distance. Ils sont souvent dans une situation difficile : ils se battent pour se faire reconnaître (compétence, et pertinence) et en même temps, compte tenu de la tendance de l'État à vouloir intégrer les services dont la pertinence est reconnue, ils doivent essayer de survivre. Comment pourrait-on en

---

1. Presque toujours des intervenants directs, et non des gestionnaires, même lorsqu'il s'agit de siéger au conseil d'administration de l'organisme. On a rencontré par exemple aucun directeur de CLSC siègeant sur un conseil d'administration d'organisme communautaire.

arriver à reconnaître non seulement leur compétence mais aussi leur apport spécifique comme innovateur et relais entre les établissements et la communauté dont ils font partie ?

Une des façons d'améliorer ces relations, sans procéder à de grands bouleversements, serait que les établissements s'ouvrent plus aux diverses composantes de la communauté (donc, entre autre, aux organismes). Les établissements devraient en arriver à se voir comme les «aidants» de la communauté et, à ce titre, diversifier leurs actions selon les situations : des services directs pour certains, un rôle de soutien, de relais pour d'autres. En s'ouvrant aux ressources de la communauté les établissements pourraient en arriver à jouer leur véritable rôle de relais et non de «compétiteur ou d'intégrateur» comme c'est souvent le cas actuellement. Avant de se demander si cela est possible, il convient de poursuivre l'analyse des relations entre les établissements et les organismes communautaires.

Chapitre 5 : DES RELATIONS RÉUSSIES

Traditionnellement, avant l'intervention massive de l'État dans le secteur social, le bénévolat, la charité, la gratuité constituaient la principale façon d'accéder aux soins de santé et aux services sociaux, du moins pour les personnes à faibles revenus. La réforme des affaires sociales, à la fin des années soixante, a consacré un modèle différent d'intervention, centré sur l'État et où les organismes du milieu, sans disparaître, devenaient complémentaires à l'action publique. C'est ainsi que la principale forme de collaboration avec le milieu est devenue celle des bénévoles qui, dans les hôpitaux, dans les centres d'accueil, ainsi que dans d'autres établissements publics, contribuent à améliorer la qualité des services dispensés par les employés permanents, à les «humaniser», et parfois à s'y substituer.

Si cette forme de collaboration avec le milieu a été dominante, elle n'est pas la seule. Le projet de réforme de la commission Castonguay contenait d'ailleurs un autre modèle de relation avec le milieu, dans lequel l'établissement public serait lui-même en partie une émanation du milieu local. C'est ainsi que, par exemple, dans le secteur des services sociaux, la Commission recommandait la création de centres communautaires dont «le conseil d'administration est élu par la population du territoire concerné» (rapport de la commission Castonguay).

---

1. L'analyse détaillée des expériences décrites dans ce chapitre est présentée dans l'annexe 1, rédigée principalement par Jean-Pierre Collin.

Ce modèle de la commission Castonguay n'a été que très partiellement retenu par le législateur. La représentation de quelques citoyens dans les conseils d'administration, - surtout dans les CLSC - : voilà tout ce qui reste de ce modèle dans le système actuel.

C'est peut-être ce qui explique le rejet d'un tel modèle par la plupart des organismes communautaires que nous avons rencontrés. Pour la majorité d'entre eux, l'étiquette «communautaire» attribuée à un établissement public est une usurpation de leur rôle et constitue de la fausse représentation. Ils souhaitent que la collaboration avec les établissements publics soit fondée plutôt sur une distinction claire et nette entre le public - étatique -, et le communautaire, émanant du milieu.

Comme par ailleurs ils n'ont pas de modèle de collaboration précis à proposer(ils ne tiennent pas non plus à en avoir), nous leur avons demandé s'ils connaissaient des exemples de collaboration réussie entre un établissement et un organisme du milieu. C'est à partir de l'analyse des résultats de leurs réponses que nous avons sélectionné cinq expériences pour étude plus approfondie. Nous y avons ajouté la clinique communautaire de Pointe-Saint- Charles, qui est le seul organisme qui se rapproche du modèle d'institution publique communautaire proposé par le rapport Castonguay.

Il est donc important de souligner que les expériences de collaboration ont été choisies en fonction des critères des organismes

communautaires eux-mêmes.[1] Que peut-on retenir de l'analyse de ces expériences ?

VARIÉTÉ DES COLLABORATIONS

On est d'abord frappé par la variété des types de relations qui existent entre un établissement et un ou plusieurs organismes du milieu. Entre le modèle non réalisé d'institution publique contrôlée par la communauté contenu dans le rapport de la commission Castonguay mais rejeté par les organismes communautaires, et le rôle classique des bénévoles s'occupant par exemple des patients hospitalisés, s'étale toute une panoplie de mécanismes d'insertion dans le milieu local et de collaboration avec les organismes communautaires dans différents rôles. Quelles sont leurs principales caractéristiques ?

---

1. Les résultats de cette étude sont donc bien différents de ceux de Poupart sur les CLSC (R. Poupart, et al., 1986). Les auteurs ne précisent pas les critères utilisés pour choisir les CLSC qu'ils considèrent «excellents». Mais il semble que ce sont des choix établis par des professionnels et des administrateurs. Il n'est pas étonnant que nous arrivions à des résultats bien différents de ceux de cette étude, surtout dans les facteurs d'explication du succès de la collaboration entre le milieu local et un établissement.

L'évaluation des établissements par un organisme du milieu

Un organisme de bénévoles a pour activité principale l'accompagnement et le support des personnes en perte d'autonomie : handicapés physiques et mentaux, personnes âgées. C'est ce qu'on appelle le parrainage civique, activité courante des bénévoles, forme traditionnelle, mais encore très importante de collaboration avec les établissements publics, puisqu'un grand nombre de personnes aidées sont en institution. Mais cet organisme, conscient à la fois des difficultés pour leurs protégés en perte d'autonomie de faire valoir leurs droits, et du potentiel d'évaluation dont ils disposent grâce à la connaissance acquise par les parrains, décide d'aller plus loin. Il procède lui-même à l'évaluation des services rendus par les établissements et fait parvenir un rapport d'évaluation au conseil d'administration de l'établissement concerné. Les démarches produisent des résultats, et l'organisme en arrive à considérer important d'avoir des représentants sur le conseil d'administration.

Il s'agit là d'une innovation extrêmement intéressante dans le domaine de l'évaluation des résultats, dans un milieu où elle fait gravement défaut, et plus particulièrement pour une clientèle où les mécanismes classiques d'évaluation par les usagers sont difficilement applicables.

Les deux compétences : concurrence ou collaboration ?

Le champ d'action des organismes volontaires ne se limite pas au bénévolat traditionnel. De plus en plus souvent ils rendent des services qui se rapprochent beaucoup de ceux des établissements publics autant en ce qui concerne la nature du service que la façon de le dispenser : permanents rémunérés, utilisant des méthodes «professionnelles», etc..

Ces organismes sont actifs le plus souvent dans des secteurs où apparaissent de nouveaux problèmes auxquels le secteur public tarde à répondre : suicide des jeunes, itinérants, femmes victimes de violence, etc.. Une relation de collaboration est-elle possible dans un tel cadre plus «concurrentiel» ?

L'analyse de deux expériences montre que tout en étant difficile et parfois fragile, la collaboration peut fonctionner. Dans le premier cas, un groupe issu d'un CEGEP (direction, anciens étudiants, service de la pastorale) fonde un organisme pour s'occuper des décrocheurs du GEGEP. S'apercevant rapidement qu'ils rejoignent en fait une clientèle différente, soit des itinérants ayant des problèmes de santé mentale, l'organisme s'adapte à cette nouvelle clientèle, modifie plusieurs fois son approche, et s'adjoint un personnel plus spécialisé, mais ouvert aux approches de groupe et favorable à l'insertion du client dans son milieu.

Ces changements conduisent à recourir à un financement gouvernemental obtenu grâce à des contacts politiques. Le Ministère souhaite toutefois intégrer l'organisme au réseau public. L'organisme résiste et, toujours en partie grâce à des appuis politiques, obtient un budget stable, sans intégration, mais en ajoutant à son conseil d'administration deux représentants de l'hôpital avec lequel il collabore par ailleurs. Récemment on a accru aussi la représentation des clients au conseil d'administration et on passe petit à petit d'une structure autogestionnaire à une forme de cogestion.

Les relations sont fréquentes avec plusieurs établissements : CLSC et hôpitaux. Elles semblent profitables à tous, même si plusieurs intervenants du secteur public, surtout des psychiatres, reconnaissent difficilement la compétence de l'organisme.

Bref, cet organisme semble avoir trouvé un modus vivendi avec le secteur public, tout en collaborant avec plusieurs établissements. Certains diront qu'un tel organisme n'est plus communautaire. Mais de deux choses l'une : ou on accepte d'être totalement autonome par rapport à l'État, comme les Alcooliques Anonymes ou l'organisme de parrainage que l'on vient de décrire; ou on demande et on accepte un financement public permanent et, d'une certaine façon, on fait nécessairement partie du service public. La question de savoir si on est plus communautaire ou plus public est théorique. Mais ce qui compte, c'est de constater que sont possibles certaines formules de collaboration qui maintiennent une autonomie partielle et une capacité d'adaptation de l'organisme supérieure aux établissements. Elles sont probablement aussi souhaitables dans certains cas, ce qui n'exclut pas l'existence et le développement parallèles d'organismes entièrement «communautaires».

La collaboration n'est pas aussi facile entre un organisme communautaire de femmes et un centre de services sociaux. Pendant un certain temps, pourtant, elle était presque exemplaire. Cette maison d'hébergement pour femmes en difficulté reçoit aussi une subvention récurrente du secteur public. La maison est dirigée par sa directrice et par un conseil d'administration composé de personnalités du milieu et de deux employées. On y accorde beaucoup d'importance à l'expérience vécue comme critère de compétence. Pendant plusieurs années, l'organisme collabore étroitement avec le centre des services sociaux et l'hôpital. On va même jusqu'à établir conjointement le plan d'intervention. Les deux types de compétences, professionnelle et expérimentale, semblent complémentaires.

L'arrivée du CLSC conduit à remettre en question cette collaboration qui, soulignons-le, était spontanée et n'avait fait l'objet d'aucune entente institutionnelle. C'est pourquoi cette collaboration était facilement menacée par des intervenants qui souhaitaient, peut-être avec un excès de zèle, remplir leurs nouveaux rôles. Après une période conflictuelle, il est fort possible cependant que cette collaboration se poursuive.

Des CLSC communautaires ?

Alors que les expériences qui viennent d'être présentées partent d'un organisme communautaire et examinent ses liens avec les établissements publics, inversement certains établissements publics ont aussi été identifiés comme ayant des relation réussies avec le milieu. Deux CLSC, un en milieu rural et l'autre en milieu urbain ont été choisis pour observation. Le contraste est grand et riche en enseignement.

Le CLSC urbain, créé récemment, souhaite s'insérer dans la communauté locale et établir une collaboration étroite avec les organismes du milieu. Mais les difficultés sont nombreuses et il arrive mal, jusqu'à maintenant, à mettre en pratique son objectif. Une table de concertation a été mis sur pied où se regroupe un ensemble d'organismes du milieu. Mais ces organismes sont surtout composés d'employés rémunérés, plutôt que d'associations volontaires de résidants. Ce faisant, la clientèle est absente de ce processus, autant du côté du CLSC que des organismes. C'est probablement ce qui explique qu'on se retrouve en face d'un processus abstrait où l'on tente de définir ce qu'est le communautaire, puis de préciser les rôles de chacun des intervenants. Les problèmes concrets sont rarement abordés.

Jusqu'à maintenant les résultats se font attendre. Si on voulait caricaturer, on pourrait dire que dans cette collaboration entre le CLSC et les organismes «d'intervenants sociaux» (c'est ainsi qu'ils se désignent), on y parle beaucoup de communautaire mais sans la communauté.

C'est la situation inverse qu'on retrouve dans le CLSC rural :la communauté retrouvée. Sans jamais avoir tellement discuté avec les organismes du milieu de ce qu'est le communautaire, ce vieux CLSC, très bien implanté (à l'origine des assemblées fort nombreuses ont participé à son implantation, dans chacun des villages concernés) travaille concrètement avec des organisations locales contrôlées par la population : clubs de l'Âge d'or, union des Producteurs agricoles. Ces organismes ne sont pas en concurrence avec le CLSC. Ils sont composés d'usagers et contrôlés démocratiquement. ILs assurent le leadership des interventions du CLSC. En ce sens les employés du CLSC se définissent un peu à leur service. Dans ces programmes le conseil d'administration ne semble pas jouer un rôle actif. Mais il est composé de leaders locaux qui jouent un rôle important dans la communauté.

Ce qui semble si difficile et compliqué à atteindre dans le CLSC urbain, et demande de longues heures de réunions et de discussions, semble aller de soi dans ce CLSC rural. Cela s'explique-t-il, justement, par le caractère rural ou urbain ? Peut-être un peu. Mais on ne peut qu'être frappé par la présence de la population locale et de ses associations dans le CLSC rural, population qui est absente dans le CLSC urbain. C'est elle qui empêche le CLSC de tourner en rond et le contraint à concrétiser rapidement ses demandes.

Une institution publique communautaire ?

Cette collaboration entre un établissement public et le milieu local peut-elle aller jusqu'à une sorte d'osmose des deux approches dans ce que l'on pourrait appeler une institution publique communautaire ? On a vu que ce modèle est actuellement rejeté par les organismes, mais qu'il était proné par la commission Castonguay sous la forme d'une institution publique contrôlée par la communauté. Plus banalement, les institutions municipales en sont une forme possible.

Une seule expérience a été tentée en ce sens dans le domaine des affaires sociales : celle de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, implantée il y a presque 20 ans dans un quartier pauvre de Montréal, par des étudiants en médecine et des associations locales d'inspiration religieuse (Fils de la charité, mouvement des Travailleurs chrétiens).

Cette clinique a résisté au Ministère lors de l'implantation des CLSC, et a gagné de conserver sa structure tout en étant financée comme un CLSC, et en ayant globalement les mêmes responsabilités. Sa structure c'est, essentiellement, un conseil d'administration composé presque entièrement de citoyens du quartier élus en assemblée générale. Cette assemblée est théoriquement souveraine. Jusqu'à récemment la clinique avait réussi à imposer un modèle différent, des services adaptés à la population à faibles revenus (médicaments gratuits, santé mentale, minibus, etc.) tout en s'inscrivant dans les programmes du Ministère et en collaborant au moins autant que n'importe quel CLSC avec plusieurs établissements publics (surtout les hôpitaux). Le contrôle de la population était réel, tout en étant beaucoup plus faible que, par exemple,

dans une institution municipale, puisque le financement et les programmes viennent principalement du Ministère et que les employés y exercent aussi un pouvoir important.

Pour la première fois depuis qu'elle existe la clinique est toutefois menacée actuellement, depuis le départ de plusieurs médecins et l'abandon du programme de médicaments gratuits qui a suivi. L'équilibre fragile entre les parties est actuellement rompu et on ignore si la clinique trouvera un second souffle. Tout semble indiquer que la croissance bureaucratique de la clinique a rendu difficile le maintien du contrôle des citoyens et de l'esprit commun qui était nécessaire pour qu'une telle expérience - dont le fonctionnement va à l'encontre de la culture dominante du réseau public des Affaires sociales - puisse se poursuivre.

L'ABSENCE DE MODÈLE

Évaluation par des bénévoles des résultats obtenus dans les établissements; participation au conseil d'administration des établissements pour défendre les bénéficiaires; inversement participation de membres d'établissements publics aux conseils d'administrations d'organismes communautaires; collaboration réussie entre intervenants sociaux publics et communautaires qui reconnaissent l'importance de leur apport respectif; discussion théorique entre intervenants de CLSC et d'organismes communautaires sur la nature du communautaire et le rôle de chacun; inversement employés d'un CLSC rural qui se mettent au service des associations locales; enfin difficultés d'un modèle un peu utopique d'institution publique et communautaire. La variété, la richesse, le potentiel de ces expériences sont frappantes. Il

n'existe pas de modèle, ni de secteur privilégié ni de rôle spécifique que l'on pourrait déduire de cette polyvalence. Toutes ces expériences (sauf celle du CLSC urbain) ont peut-être pour seule caractéristique, en un sens, d'être uniques parce qu'elle sont nées des problèmes concrets du milieu. Et c'est notamment ce qui explique qu'une expérience qui réussit à un endroit peut échouer ailleurs.

Tout en permettant de reconnaître ce caractère unique que l'État - s'il souhaite intervenir pour accentuer cette collaboration entre ses établissements et les milieux - devrait à tout prix respecter, l'observation de ces expériences réussies révèle-t-elle certaines conditions qui expliquent le succès ou l'échec, et qui pourraient servir de balises à une intervention de l'État qui serait elle, aussi, réussie... ?

Mentionnons d'abord que ces expériences réussies ne se déroulent pas sans problèmes. Dans tous les cas on a pu observer des conflits, des dérapages, des échecs, des reprises. Et rien n'assure qu'elles seront poursuivies.[1]

À cet égard celle dont le succès est le moins assuré, pour l'instant, c'est le CLSC urbain et ses partenaires «intervenants sociaux». On ignore comment ils vont pouvoir sortir de leurs discussions sur la nature du communautaire et introduire dans la démarche les problèmes concrets de la population du quartier. Cette remarque met en évidence une première condition qui semble affecter la dynamique des relations. C'est que la <u>population locale</u> soit <u>présente</u> à part entière dans la relation. Que ce soit à titre de membre du conseil d'administration comme à

---

1. Ces problèmes sont décrits dans l'annexe 1.

Pointe-Saint-Charles, ou par l'intermédiaire d'associations locales qu'elle contrôle, comme dans le CLSC rural, plus la population est impliquée, plus l'expérience de collaboration semble durer et apporter des résultats pour la clientèle.[1] Inversement, plus un organisme communautaire est contrôlé par ses employés et, de ce fait, se rapproche du mode de fonctionnement des établissements publics, plus la menace d'intégration au secteur public est grande et plus la reconnaissance de sa spécificité semble difficile. C'est le cas des deux expériences décrites plus haut. L'une d'entre elles a réussi à établir une relation stable; l'autre reposait sur des ententes informelles facilement remises en question.

Cette remarque permet aussi de souligner que les collaborations sont de type très différent en ce qui concerne leur degré d'intégration au milieu local ou au secteur public. Dans les deux cas que nous venons de mentionner, il s'agit d'organismes qui dispensent des services qui se rapprochent de ceux du secteur public, mais qui affirment les rendre de façon différente et avec une qualité supérieure pour les bénéficiaires. La question de savoir s'ils sont plus communautaires ou plus publics est d'ordre théorique et sans grand intérêt quant à nous, puisque nous considérons qu'il n'existe pas actuellement de modèle précis et qu'il faut laisser la place à l'expérimentation dans ce domaine. La seule question pertinente est de se demander si le résultat, c'est-à-dire la qualité du service au client, est effectivement différente, ce que nous ne pouvons pas vérifier dans le cadre de cette recherche.

---

1. Rappelons toutefois qu'il n'a pas été possible, dans cette recherche, de connaître le point de vue de cette clientèle, mais seulement le point de vue des organismes impliqués. La capacité d'adaptation à la variation des demandes du milieu nous est cependant apparue nettement plus élevée dans les organismes communautaires.

Dans d'autres expériences, telles celle du CLSC rural, il s'agit alors de collaboration entre organismes contrôlés localement par des associations qui ne sont en aucune façon concurrentes avec l'établissement public. (Club de l'Âge d'Or, Union des Producteurs Agricoles). Elles collaborent alors sans ambiguïté avec l'établissement public pour obtenir un service pour leurs membres. Dans ce cas les employés du secteur public se mettent au service des associations. Ces organismes ne sont généralement pas financés,(ou au moins pas entièrement financés) par le réseau public. Inversement, les organismes qui sont financés par le ministère ou le conseil régional posent plus le problème de la division des tâches entre l'établissement public et l'organisme communautaire, et aussi celui de la spécificité de leur intervention. On ne peut éviter ces problèmes. Sous cet aspect, les organismes les plus fragiles, et donc les plus facilement absorbés par le réseau public, semblent ceux qui sont les moins démocratiques.

L'utilisation des circuits politiques plutôt qu'administratifs est importante chez les organismes communautaires dans leurs débats avec les établissements publics. Par circuits politiques nous entendons autant les conseils d'administration des établissements que le recours au député. Cela apparaît nettement dans l'expérience d'évaluation par les bénévoles qui non seulement présentent leur rapport au conseil d'administration de l'établissement, mais en arrivent à considérer important d'en faire partie. Cela apparaît aussi dans l'expérience de psychiatrie alternative qui a toujours été appuyée par ses contacts politiques. Cela apparaît enfin dans l'expérience de Pointe-Saint-Charles où le conseil d'administration lui-même est composé de citoyens.

En ce qui concerne ce dernier modèle, il semble qu'on demande trop aux citoyens par rapport au pouvoir qu'ils détiennent et par rapport à ce qu'ils en retirent. Compte tenu des contraintes gouvernementales actuelles et de la force des employés, les derniers événements ont conduit à supprimer certains services que les citoyens considéraient très importants, à accroître les salaires des médecins sans toucher aux avantages de l'ensemble des employés dont plusieurs sont beaucoup mieux payés que dans le reste du réseau public. Même si ce sont des employés qui résident dans le quartier, on s'aperçoit que cette expérience bénéficie de plus en plus aux individus en tant qu'employés plutôt qu'en tant que clients. Mais si jamais une communauté souhaite adopter ce modèle on ne voit pas au nom de quoi on pourrait lui refuser. Il n'en reste pas moins que ce qui tend à se répandre le plus c'est une division stricte des rôles entre l'établissement public et l'organisme communautaire, une reconnaissance claire de sa compétence et de sa légitimité. Cette reconnaissance est octroyée surtout lorsque l'organisme est démocratique. Toutefois, les établissements publics ne souhaitent pas nécessairement collaborer avec des organismes qui ont une forte crédibilité dans le milieu. C'est pourquoi plusieurs préfèrent créer de nouveaux organismes que de collaborer avec ceux qui existent déjà. Le milieu local doit résister à cette tendance des établissements publics, surtout des CLSC.

Dans le cas d'une collaboration entre employés permanents d'un établissement d'une part, d'un organisme local d'autre part, se pose toujours le problème de la reconnaissance de la compétence qui vient de l'expérience vécue par rapport à celle fondée sur les diplômes. Sur le plan théorique il semble évident que ces deux sources de compétence sont tout simplement complémentaires. Dans la réalité, seule l'évaluation par les clients eux-mêmes peut trancher concrètement cette question, partout où c'est possible.

Même dans des cas de clients en perte d'autonomie, on a vu que des organismes bénévoles ont inventé des mécanismes d'évaluation qu'on pourrait appliquer ailleurs.

STRUCTURES OU VALEURS ?

Les organismes communautaires qui collaborent avec les établissements publics ont bien souvent une approche et des valeurs différentes, souvent inspirées par les convictions religieuses ou, plus généralement, spirituelles. Quelle est l'importance respective des structures, des valeurs, des convictions dans le succès d'une collaboration avec les établissements publics et, plus généralement, dans le succès de leur enracinement local ? Les valeurs sont-elles complémentaires aux structures ? Peuvent-elles remplacer des structures démocratiques ? Exemple : une religieuse, directrice d'organisme, à qui je faisais remarquer que leur conseil d'administration ne comprenait pas d'usagers, et n'avait donc pas de comptes à rendre à ses clients, m'a répondu : «Mais notre patron, c'est Jésus-Christ. Et il nous dit que c'est Lui qu'on doit voir dans chaque client, qu'on doit traiter chaque client comme si c'était Lui. En un sens c'est donc comme si chaque client c'était notre patron. Ce n'est pas si mal, même si on n'a pas de structure démocratique.»

Devant ce témoignage, on ne peut nier l'importance des valeurs, et même la possibilité que certaines valeurs puissent se substituer à des structures et remplir un rôle équivalent. Encore une fois, la seule réponse possible à ce type de question, ce serait de demander aux clients eux-mêmes. Il n'en reste pas moins que les observations que nous avons faites, tout en devant être nuancées par l'importance du système de valeurs qui nourrit l'action des organismes, ont mis en évidence l'importance des mécanismes de

contrôle des clients dans l'expérience : le CLSC rural, la Clinique de Pointe-Saint-Charles, l'évaluation par les bénévoles sont toutes des expériences contrôlées en partie localement. Inversement le CLSC urbain dont le succès est incertain est une expérience d'employés coupés des clients.

De plus ce ne sont pas tous les systèmes de valeur qui garantissent ce respect de la clientèle. Ainsi l'idéologie autogestionnaire conduit le plus souvent à maximiser les avantages des employés au détriment du client, si une structure démocratique n'est pas présente. On peut même affirmer que lorsqu'il s'agit d'un organisme fonctionnant sur la base d'employés salariés, une structure démocratique est nécessaire sauf, évidemment, si l'organisme est financé par les clients eux-mêmes, ce qui est toutefois exceptionnel dans l'univers des organismes communautaires.

On peut retenir deux choses de l'analyse des expériences réussies. D'abord que les institutions publiques et les auteurs de réformes ont eu tendance à accorder beaucoup trop d'importance aux structures par rapport aux valeurs. A cet égard, on pourrait dire que ce qui compte c'est de ne pas faire de la structure une valeur. Ensuite que certaines valeurs s'accommodent mieux de certaines structures. Il en est ainsi des valeurs communautaires et des structures démocratiques.

Mais une structure démocratique, c'est d'abord un problème politique. Pour illustrer cette dernière idée, mentionnons une expérience qui n'a rien à voir avec le domaine des affaires sociales mais qui est considérée généralement comme une expérience réussie de relations entre un organisme public et le milieu

local : il s'agit des maisons de la Culture mises sur pied depuis cinq ans par la ville de Montréal dans différents quartiers.[1]

Au départ, les maisons de la Culture, tout en ayant été approuvées par le conseil municipal, n'étaient pas vues de façon très positive par la plupart des conseillers. Les employés de ces maisons savaient donc qu'ils devaient «vendre» le projet aux élus municipaux pour qu'il dure. Pour ce faire ils devaient absolument intéresser les résidants dans les quartiers. Car les élus municipaux prennent des décisions en fonction du nombre de personnes que la maison de la Culture va intéresser, tout simplement parce que cela peut les aider dans leur réélection. Les employés des maisons de la Culture avaient donc des comptes à rendre directement aux élus municipaux (et non à des fonctionnaires intermédiaires). Les deux savaient - les employés et les élus - que leur «emploi» était en jeu. Et le critère de la réussite, c'était de répondre aux demandes du milieu local.

C'est la principale raison du succès des maisons de la Culture : elles ont dû s'adapter aux demandes variées de leur clientèle. D'ailleurs plusieurs des postes des maisons de la Culture sont par définition contractuels, justement parce que la population ne veut pas nécessairement la même chose d'une année à l'autre et que cela peut impliquer un changement de personnel. On a certes formé des comités consultatifs dans les quartiers. Et les employés essaient de promouvoir leurs programmes. Mais il ne peuvent pas les imposer, à cause de cette dynamique employés-élus-résidants qui oblige à tenir compte des utilisateurs. Cette dynamique est menacée par l'administration municipale actuelle qui, en

---

1. Ces remarques proviennent des résultats d'une recherche non publiée, effectuée par Jean-Pierre Collin et Jacques Léveillé.

transformant la structure municipale et en ajoutant des intermédiaires, risque en même temps d'introduire d'autres critères (plus bureaucratiques) pour mesurer le succès des maisons de la Culture.

Nous sommes évidemment bien loin de la problématique des affaires sociales. Et il est évident qu'on ne peut pas appliquer mutatis mutandis l'approche des maisons de la Culture aux services essentiels de santé. Cela n'en illustre pas moins l'importance des mécanismes démocratiques dans le succès d'une expérience communautaire gérée par des employés du secteur public. Cela illustre particulièrement la force du mécanisme de la représentation, puisque les maisons de la Culture pourraient, à la limite, être décrites comme des expériences communautaires sans la présence de la communauté (sans participation; Godbout, 1983) sauf par l'intermédiaire de cet élu municipal à qui les employés de la Maison ont des comptes à rendre.

Chapitre 6 : LES DEUX APPROCHES GLOBALES : LE COMMUNAUTAIRE ET L'APPAREIL

> *«Il ne faut pas être suraoué pour être médecin ! Ce qu'on oublie, c'est que ça prend surtout des qualités humaines : de la compassion, de l'empathie, du dévouement, du flair aussi...»*
> (Augustin Roy, président de la Corporation des médecins du Québec)

Comment se caractérisent les organismes volontaires rencontrés par rapport aux établissements publics ? Lorsqu'on essaie de cerner la spécificité de leur pratique, un premier terme s'impose immédiatement : le communautaire. Il sert actuellement de référence, et constitue une caractéristique dont presque tous les groupes se réclament avec fierté, et dont ils défendent en outre l'exclusivité par rapport au secteur public. L'importance de cette référence est déjà un premier résultat. Alors qu'on parlait plus, dans le passé, de comités de citoyens, de groupes populaires, aujourd'hui c'est la référence communautaire qui désigne les associations volontaires locales actives dans le secteur social. Selon les répondants le secret de leur efficacité, de la qualité de leurs interventions réside dans ce mystérieux ingrédient communautaire, que les établissements publics sont bien incapables de posséder malgré la présence d'organisateurs qui portent ce nom depuis pourtant plusieurs années.

Qu'entendent-ils par des relations communautaires entre eux et le milieu, entre celui qui dispense des services et celui qui le reçoit ? Comment cela se compare-t-il avec la relation entre producteurs et usagers qui caractérise les services dispensés par le secteur public ? Les répondants ont décrit leur pratique, en fournissant de nombreuses illustrations. Ils l'ont comparée à

l'interview, une responsable d'un groupe d'entraide vient d'apprendre qu'elle n'a presque plus de subvention. Elle nous le celle des établissements. Ils ont précisé ce qu'ils considéraient important, ce dont ils étaient fiers, ce qu'ils reprochaient aux interventions publiques. Ils ont dit pourquoi, ce qui les conduisait à décrire le fondement de leurs interventions. À partir de tous ces témoignages, il est possible de présenter les caractéristiques principales du modèle d'intervention communautaire.

Avant de procéder, mentionnons une brève considération méthodologique. Quel est le statut de ce modèle ? S'agit-il du discours, de l'idéologie des groupes, de leur idéal, ou correspond-il à la pratique habituelle des organismes ? Ni l'un, ni l'autre. Il est évident que notre enquête n'est pas une observation directe de la pratique des organismes rencontrés. Le matériel de base c'est la description, nécessairement subjective, qu'en font les répondants. La meilleure façon de décrire ce modèle c'est de dire qu'il s'agit du cadre de référence, d'un modèle de référence des organismes communautaires, ceci par opposition à leur façon de concevoir le modèle qui caractérise les services publics.

Il ne s'agit pas seulement d'une idéologie, de l'idéal. D'abord, on peut facilement vérifier l'existence de plusieurs des caractéristiques de ce modèle, telle l'importance qu'on accorde à la taille, etc. Par ailleurs, la quantité et la qualité des illustrations qui nous été fournies sont remarquables. À cet égard il importe de souligner que, contrairement à des recherches antérieures où le discours, la façon de décrire la pratique et l'observation de la pratique correspondaient souvent peu aux illustrations qui en étaient faites, dans cette enquête, nous avons été impressionnés par l'inverse. En général, les répondants

ont réussi à nous convaincre que l'intérêt pour la personne aidée était au centre de leurs actions. Un exemple : au moment de mentionne, mais passe rapidement à autre chose et consacre la plus grande partie de l'entretien à nous parler des problèmes de son groupe, des membres, des clients, de la façon d'y répondre, etc. Même très importants, les problèmes financiers passent souvent au second plan.

Enfin, une validation supplémentaire est apportée par le fait que les membres des conseils d'administration d'établissements rencontrés définissent d'une façon similaire aux organismes la différence qui existe entre les établissements publics et les organismes volontaires. Le modèle d'organisme communautaire présenté ici n'est donc pas seulement celui des organismes eux-mêmes. Il correspond aussi à la perception que s'en font les représentants dans les conseils d'administration des établissements.

Quant à la façon de concevoir la pratique du secteur public il s'agit évidemment de celle des organismes communautaires. Notre recherche ne permet pas de savoir si elle correspond au modèle des praticiens du secteur public. Mais des documents qui sont produits dans le secteur public sur ce sujet indiquent que la façon dont les organismes communautaires ont décrit le fonctionnement de l'appareil public constitue souvent aussi le modèle de référence des gestionnaires eux-mêmes dans ce secteur. À propos, par exemple, de l'importance accordée aux structures dans le réseau public, au détriment des personnes, comment ne pas citer ce directeur de CLSC ?

> «La qualité d'une bonne organisation, c'est qu'elle est indépendante des personnes. Il faut que la structure soit assez complète pour qu'elle ait ses propres garanties d'auto-perpétuation indépendamment de la personne qui l'occupe.» (Bélanger et al, 1986, p. 83)

Autre exemple, lors du colloque récent de l'Association de santé publique du Québec[1], on avait demandé à des conférenciers de répondre à la question suivante : l'usager peut-il influencer l'orientation du système de santé et de services sociaux ? Une employée d'un conseil régional a répondu «oui», mais à certaines conditions. Et ces conditions correspondent au cadre de référence de l'appareil public tel que vu par les organismes communautaires. Pour que les usagers puissent influencer le réseau public des affaires sociales, il faut, selon cette personne, qu'ils identifient clairement le problème, l'examinent objectivement et rationnellement (sans émotivité), qu'ils préparent un bon dossier avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire, etc. Ce n'est qu'à ces conditions que l'usager pourra gagner de la crédibilité auprès du réseau des affaires sociales et qu'il pourra «planifier... une stratégie d'intervention». Bref, sans le savoir, cette responsable d'un conseil régional rejoint tout à fait la façon dont les organismes communautaires rencontrés voient les établissements. Elle confirme l'existence de ce cadre de référence rationnel, «centré sur le dossier» et les structures, que les organismes communautaires prêtent aux établissements dans notre enquête. Bien plus : elle leur dit même qu'ils doivent eux-mêmes adopter ce cadre de référence. Elle en fait une condition d'accès au système public. C'est précisément, on le verra, le plus grand reproche fait au système public par les répondants du secteur communautaire.

---

1. Colloque Services de santé et services sociaux : les usagers parlent solutions, 7 et 8 novembre 1986, Association pour la santé publique du Québec, p. 22 à 27.

LE RÉSEAU ET L'APPAREIL

Comparées au secteur public, on peut dégager de l'analyse des organismes communautaires le modèle de référence suivant, en ce qui concerne la structure, les relations avec le milieu, les relations avec la clientèle, l'approche, la relation aux valeurs et, finalement, l'importance qu'on accorde à la liberté.

1. Les organismes communautaires se situent dans une structure a-centrée qui se rapproche de ce que plusieurs auteurs décrivent comme un réseau, par opposition à un appareil, qui caractérise plus le secteur public.

2. Les relations entres l'organisme communautaire et le milieu relèvent d'une sorte de symbiose, sans rupture, par opposition aux appareils publics.

3. Les relations avec les clients se caractérisent par la proximité, au point où souvent le terme même de client est inexact et qu'on lui préfère celui de membre.

4. On peut caractériser l'approche des organismes communautaires par l'expression «problem solving» par opposition à l'appareil public dont l'approche est synoptique, scientifique, rationnelle.

5. Les relations aux valeurs des organismes communautaires se situent souvent à l'opposé des appareils. Dans les appareils publics dominés souvent par l'approche professionnelle, l'intervention est neutre par rapport aux valeurs. Au contraire, les organismes communautaires sont plutôt centrés sur les valeurs.

6. Enfin la plupart des organismes communautaires ont insisté sur la liberté qui caractérise leur action par rapport aux institutions du secteur public encadré dans des appareils bureaucratiques. Comme on le verra, cette caractéristique distingue le modèle communautaire actuel non seulement des appareils mais aussi de la communauté traditionnelle.

1. Une structure a-centrée : un réseau

La première caractéristique structurelle du modèle communautaire, c'est la faible importance accordée aux structures, par rapport aux établissements publics. Que ce soit dans leurs relations avec leurs membres ou leurs clients, avec le milieu, et même avec l'extérieur, on accorde plus d'importance aux personnes qu'aux structures. On ignore volontiers la structure formelle. Autrement dit l'ensemble des relations est structuré plus par les affinités entre les personnes. C'est le modèle des «affinités électives».

> «Moi, à mon âge, j'ai été élevée dans un modèle hiérarchique, que ce soit à l'église, dans ma famille, etc. et plus tard dans ma communauté religieuse.
>
> Aujourd'hui, on a changé de modèle. Par exemple, je vis avec deux compagnes; c'est elles qui me font vivre, parce qu'elles travaillent et que moi je ne gagne rien dans mon travail. Avant, tout cela se faisait par obéissance; maintenant on le fait parce qu'on croit au partage, parce qu'on croit au modèle communautaire. Nos supérieurs ont changé aussi. Notre communauté a changé. Elle a changé de modèle, sans changer tellement de structure. Il faut d'abord construire le communautaire quotidiennement.»

Cela dit les structures existent évidemment. Quelles en sont les principales caractéristiques ? En s'inspirant des travaux de Vincent Lemieux, on peut les désigner par le terme de réseau, par opposition aux appareils, qui caractérisent plus la structure et le mode de fonctionnement des établissements publics (Lemieux, 1979, 1981 et 1986).

- La première et la plus importante caractéristique structurelle qui l'oppose à l'appareil, c'est que le réseau est a-centré. Il n'a pas de centre contrairement à un appareil qui se définit d'abord comme «un système gouverné de façon hiérarchique» (Lemieux), avec un centre. Cela n'empêche pas la coordination d'exister entre les différentes instances. Mais elle se fait directement, sans coordonnateur. De nombreux

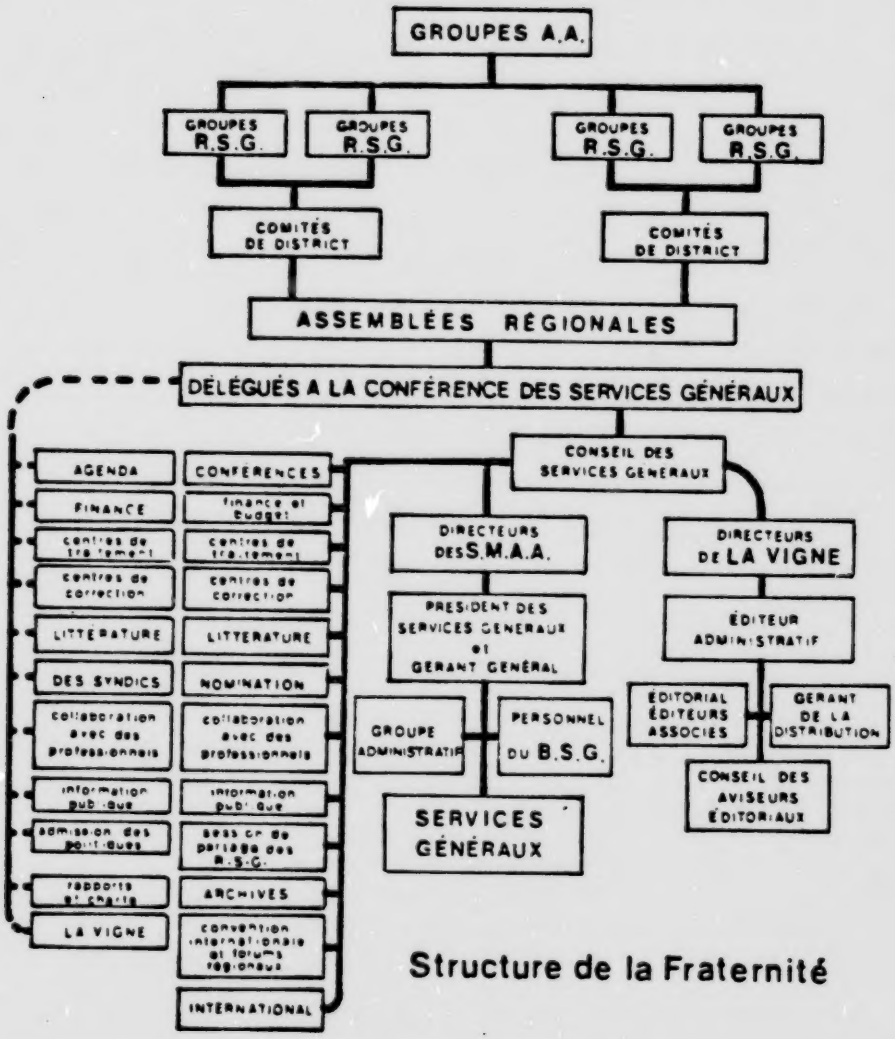
exemples ont été fournis de ce mode de fonctionnement. Ainsi ce membre d'un centre de bénévolat de l'est du Québec : «Si un malade - même en fin de semaine - a besoin d'être transporté à Montréal, et qu'à Québec il faut quelqu'un pour l'aider pendant son transport, on appelle au centre de Québec qui trouve un bénévole.» De même un membre des Alcooliques Anonymes qui peut téléphoner à toute heure à quelqu'un, dans presque tous les pays, s'il est en voyage. La meilleure illustration de cette structure a-centrée, c'est d'ailleurs l'organigramme que présentent les Alcooliques Anonymes. Quelqu'un qui est habitué à examiner des organigrammes d'appareils n'arrive pas, au départ, à se retrouver puisque le centre est en bas, et les organismes locaux en haut : l'organigramme est, selon les normes de l'appareil, à l'envers... Il est a-centré. Le fait d'être a-centré conduit à des frontières floues entre l'organisme et l'extérieur.

«Il y a ceux qui pensent en appareil, avec un centre explicatif fait d'une dimension dominante ou de variables principales. Et il y ceux qui pensent en réseau avec des explications par voisinage et des principes d'organisation qui s'en dégagent. Les premiers ne peuvent concevoir la régulation que par un centre, les seconds conçoivent qu'elle puisse être acentrée.» (Lemieux, 1980, p. 352).

- Ce sont généralement de <u>petits</u> organismes, et ce trait est considéré important. Lorsque la demande ou l'activité augmente, au lieu de croître, l'organisme tend plutôt à se diviser et, donc, le réseau à se multiplier. Le réflexe spontané, dans le mode de fonctionnement «réseau», c'est la création d'un autre organisme. Cette méfiance vis à vis ce qui est «gros» ne s'applique d'ailleurs pas seulement au secteur public. «Les gros organismes, c'est pas mieux en-dehors du réseau des affaires sociales. Nous, on a été créés par un gros organisme de charité. Ça été très mal, on a fini par sortir, ils nous ont fait des menaces. Les permanents sont aussi peu productifs que dans le réseau». (Voir aussi les témoignages à propos de la société canadienne du cancer).

- Il existe souvent un conseil d'administration démocratique. Mais ce n'est pas un trait essentiel. De façon générale les conseils d'administration sont composés de personnes qui émanent des membres eux-mêmes ou du milieu d'action de l'organisme, ou encore de ses employés, plus rarement.

ORGANIGRAMME



Structure de la Fraternité

Bill W. Le manuel de services A.A., Montréal, Service de la littérature A.A. du Québec, 1981-82, p. 20.

Donc, par rapport au secteur public, les organismes communautaires fonctionnent plus sur le modèle du réseau. On doit cependant préciser que l'ensemble des établissements des affaires sociales ne constitue pas au sens strict un appareil géré hiérarchiquement à partir du centre, puisqu'il est constitué d'unités relativement autonomes, avec des conseils d'administration, etc. C'est pour cette raison qu'on le désigne d'ailleurs aussi du nom de réseau. Il vaudrait mieux l'appeler quasi-appareil. Sa caractéristique principale est d'être tournée surtout vers l'intérieur. Cela apparaît dans la composition des conseils d'administration, où on retrouve surtout des représentants des autres établissements et des représentants des employés des établissements. Cela apparaît aussi dans les nombreuses tables de concertation que ce quasi-appareil met sur pied, et qui arrivent rarement à se prolonger à l'extérieur. Ce système public est tellement replié sur lui-même que, paradoxalement, il forme presqu'une «communauté», ce qui explique l'importance de son vocabulaire, de sa «culture» qui, à son tour, contribue à l'éloigner encore plus de l'extérieur.

2. Les relations avec le milieu : sans rupture

Par rapport à l'appareil, le réseau communautaire est en continuité avec son environnement. Il s'agit d'ailleurs là d'une conséquence d'une caractéristique structurelle : le caractère flou, imprécis des frontières d'un réseau. Cette continuité, cette similarité avec le milieu se manifeste de plusieurs façons :

- d'abord, les organismes communautaires sont le résultat d'une initiative du milieu. Ils ne sont pas parachutés de l'extérieur. Ils naissent du milieu;
- les caractéristiques socio-économiques des membres sont le plus souvent semblables à celles du milieu;

- l'origine géographique est aussi la même : les membres de l'organisme communautaire proviennent et résident dans le milieu;

- la «culture», le style, est similaire : cela se manifeste par le type d'édifice - «qui ne ressemble pas à une bâtisse gouvernementale» - et, de façon plus générale, par le fait que, comme on l'a souvent affirmé : «chez-nous ils se sentent chez-eux». Cette caractéristique a pu être souvent vérifiée.

3. Le lien aux clients : la proximité

Il importe de distinguer entre les relations avec le milieu en général, que l'on vient de décrire, et les relations avec le client. Une certaine confusion existe. Le qualificatif de communautaire utilisé par les organismes réfère parfois aux relations avec le milieu, et parfois aux relations entre les membres de l'organisme lui-même qui constitue alors une sorte de communauté au sens traditionnel du terme. Mais on ne peut pas établir de distinction claire ici. Parfois le client, c'est un membre du milieu extérieur à l'organisme; parfois ce sont les membres de l'organisme et alors, le terme «client» ne s'applique donc pas de façon stricte. Il importe toutefois de faire la distinction entre le lien entre le milieu en général et le lien plus spécifique entre celui qui reçoit le service et celui qui le donne.

- Co-producteurs

La première remarque qu'il faut faire ici c'est que la distinction elle-même entre producteurs et usagers est souvent faible, voire éliminée. Il y a continuité. Non seulement les clients sont co-producteurs, comme on l'affirme dans la littérature en administration publique (Whitaker, 1980; Ferris, 1984). Mais on tend même à éliminer cette différence : «on est tous pareils»,

«Personne n'est supérieur. On peut tous connaître le même problème que les gens qui viennent nous voir». Souvent d'ailleurs on a connu ce problème. Cela est vrai particulièrement des groupes d'entraide, mais cela s'étend aussi à d'autres types de groupes de services (maisons de femmes, etc.). Cette continuité peut être aussi vue comme une caractéristique structurelle : l'absence de frontière fixe entre le producteur et l'usager, l'organisme et le milieu, l'intérieur et l'extérieur.

Par rapport à l'approche de la co-production, le sens est renversé : ce n'est pas le client qui devient co-producteur. C'est plutôt le producteur qui perd son statut spécifique et tend à être «co-client», si on peut dire. Comment cela se manifeste-t-il ? De plusieurs façons.

- On répond aux problèmes des clients tels qu'ils se posent et on s'adapte même aux changements de clientèle. Si le problème change, l'organisme change afin de répondre à la nouvelle demande. Ainsi un organisme, dont l'objectif de départ est d'offrir des services aux «drop out» du système scolaire, réalise après quelques mois de fonctionnement qu'il rejoint en fait de jeunes itinérants ayant des problèmes de santé mentale. Décision est prise de se réajuster à cette clientèle «spontanée». (Annexe 1, chap.4).

  C'est pourquoi même si l'organisme a des permanents, la polyvalence des tâches le caractérise. Le sens même du terme «permanent» est différent de celui d'un appareil. La permanence est celle du service au client plus que celle de l'emploi dans l'organisme.

- C'est de cette façon, c'est-à-dire par la proximité, que l'on connaît les besoins de la clientèle, plutôt que par des enquêtes statistiques et des recherches, ce qui caractérise les appareils.

«Les gens suggèrent une idée et c'est de là qu'on part. Ce n'est pas le résultat d'études. Quand la réponse à l'activité diminue on arrête et on commence autre chose».

- On répond aux problèmes du client au moment où le problème se pose : on retrouve ici le thème de la disponibilité, de l'ouverture en dehors des heures normales, etc.

- On répond aussi à cette demande de la personne à l'endroit où elle se pose. C'est la proximité géographique, la multiplication des lieux, le fait de se rendre sur place, «de ne pas construire des bâtisses à l'extérieur de la ville pour permettre aux employés d'avoir des parkings...».

- Cette proximité se manifeste aussi par l'importance qu'on accorde à la relation directe avec le client, à l'absence d'intermédiaires, de barrières protectrices, de filtre. La relation est personnelle.

«Le CLSC veut faire des groupes d'entraide comme le nôtre. Ils ont demandé notre collaboration. On était d'accord. Mais alors ils ont voulu nous embarquer dans toute une série de rapports, faire un programme, toutes sortes de paperasses qui prenaient un temps fou. On avait de la difficulté à les rejoindre par téléphone. On leur a dit «bye bye». Si c'est tellement compliqué de vous aider on n'a pas le temps, on va laisser faire et s'occuper de notre monde. C'est plus important.»

- On parle le même langage. L'ésotérisme du langage est partout dénoncé. Pour certains, ce n'est pas qu'un problème de mot; c'est :

  «une façon d'enlever la confiance aux gens et d'imposer son pouvoir. C'est arriver avec un pouvoir devant le monde. Il leur est difficile de parler simplement avec bon sens. Car ils s'imaginent que pour être compétents il faut les grands mots. L'important est de redonner confiance. Avec leurs gros mots, ils l'enlèvent.»

- Enfin on est <u>responsable vis à vis le client</u> et vis à vis le milieu. C'est à eux d'abord que l'on considère avoir des comptes à rendre, et non à un système central, même si l'organisme fait partie lui-même d'un réseau beaucoup plus vaste, même international. Ce n'est pas un appareil hiérarchisé de haut en bas.

Ces différentes caractéristiques, curieusement, rapprochent le modèle communautaire de la relation marchande, du marché, et l'éloignent du modèle bureaucratique ou professionnel qui caractérise les appareils. Cela conduit même parfois à entretenir des liens avec le secteur privé.

«Une femme suicidaire est venue nous trouver. Elle était vraiment en crise. On a essayé de la référer au réseau. Ça aurait pris des mois. Finalement on a réussi à lui trouver quelqu'un, un psychologue en pratique privée.»

Cela est étrange pour un modèle qui se veut communautaire, puisque le marché est, dans notre société, à l'origine de la rupture communautaire, de la distinction entre producteurs et consommateurs. Il s'agit donc d'un modèle qui, comme le marché, est fondé sur la demande (au sens de «ce que le client demande»), mais qui en fait repose sur d'autres principes que le marché pour que l'offre et la demande se rencontrent.

Finalement, ce que les répondants affirment c'est non pas qu'ils fonctionnent sur la base du marché, mais qu'ils sont aussi sensibles à la demande que dans le modèle du marché. Mais ce n'est pas le marché. Car il existe dans les organismes communautaires un lien d'appartenance à quelque chose de plus vaste que la relation immédiate (sur ce point voir Godbout, '87). C'est le modèle de la réciprocité. C'est pourquoi on parle des services «rendus» plutôt que «dispensés», comme dans l'appareil, ou produits, comme dans le marché. Rendre, comme si on les avait déjà reçus de quelqu'un d'autre...

4. L'approche des organismes communautaires : «problem solving» ou «piecemeal engineering»

> «Avec toutes ses structures, ses comités, ses concertations, le réseau (public) est toujours en train de chercher des grandes solutions pour de petits problèmes»

Une première façon de caractériser l'approche des organismes communautaires par rapport aux appareils consiste à dire qu'ils sont centrés sur la solution de problèmes. Par rapport aux appareils, qui fonctionnent à partir d'une logique et d'une approche synoptique (Lindblom), à partir des objectifs qu'on se fixe, des moyens rationnels qu'on adopte pour réaliser les objectifs, etc., l'organisme communautaire part au contraire du problème et recours à différents moyens pour le résoudre ou en diminuer l'intensité. Autrement dit l'approche communautaire considère plus importante, ou pour le moins plus prioritaire, de

diminuer le malheur que d'accroître le bonheur[1]. Cette approche se manifeste de plusieurs façons :

- Par le fait que les organismes communautaires ne sont pas liés à une approche, mais au contraire à une multiplicité et à une variété d'approches théoriques déterminées en fonction du problème à résoudre, plutôt que l'inverse. Les organismes communautaires ne s'attachent pas à une problématique. «On n'est pas là pour vérifier des théories, mais pour aider». C'est ce principe qu'applique un organisme qui, dans le domaine de la santé mentale, a modifié plusieurs fois ses approches théoriques pour s'adapter à ses clients (voir chapitre précédent). La personne n'est pas découpée en morceaux pour l'intégrer à une discipline, dans un système «hétéronome». «Pour nous, une tentative de suicide ce n'est pas seulement 6 points de suture à l'urgence».

- La façon de travailler est concrète, s'inscrit dans l'immédiat plutôt que dans un système général et abstrait. L'unité de l'intervention est dans la personne. «Les clients ne sont pas des numéros, mais des individus; nous nous intéressons plus à la personne qu'au dossier, etc.»

> «Nous ne recevons pas des malades, mais des êtres humains. Ça veut dire qu'on leur apporte de l'estime, qu'on va au salon mortuaire si son père meurt, etc.».

Dans la même veine, les personnes rencontrées récusent souvent la compétence de ceux qui «font des analyses de besoins sans jamais avoir vu personne dans le besoin».

---

1. Les organismes communautaires sont «popperiens» : «vouloir le bonheur du peuple est, peut-être, le plus redoutable des idéaux politiques, qui aboutit fatalement à vouloir imposer aux autres une échelle de valeur supérieure jugée nécessaire à ce bonheur. (...) À vouloir créer le paradis terrestre, on se condamne inévitablement à l'enfer» (Popper, 1979, p. 160).

- Cette approche centrée sur les problèmes se manifeste aussi dans les critères de compétence qui sont reconnus pour l'intervenant. Dans le modèle communautaire la compétence repose principalement sur le fait d'avoir connu ou d'avoir résolu un problème soi-même (même si c'est partiellement) et aussi sur la valeur de la personnalité en général et sur sa capacité à être sensible aux problèmes des autres. Ce critère de compétence se manifeste dans la sélection des individus qui sont engagés dans l'organisme. Elle relève aussi de l'importance générale accordée aux relations personnelles tel que mentionné plus haut.

- L'évaluation des services, de leur qualité est aussi marquée par cette approche. L'évaluation se réalise directement, par l'importance de la clientèle ou par les évaluations directes qui sont faites avec le client de toutes sortes de façons : réunions, questionnaires, etc. Dans l'évaluation, c'est le client qui a le dernier mot. On utilise peu les évaluations objectives, dites «scientifiques». On se rapproche ici encore du mode de fonctionnement du marché.

5. Une approche centrée sur les valeurs

Cette approche centrée sur le problème doit être complétée par une autre caractéristique essentielle des organismes communautaires. En effet, l'approche centrée sur le problème peut laisser entendre que le plus souvent on ne cherche qu'à corriger les situations à la marge, qu'il s'agit d'une approche minimaliste. Or, tel n'est pas le cas des organismes communautaires qui, tout en étant centrés sur le problème, prétendent aussi toucher aux causes du problème et souvent modifier le comportement. Alors que le modèle de référence des appareils est neutre par rapport aux valeurs, parce qu'il est fondé sur la science et le professionnalisme, les

organismes volontaires, au contraire, accordent tous beaucoup d'importance aux valeurs. Cela se manifeste de nombreuses façons :

1° D'abord, chez quelques organismes, on trouve une certaine méfiance vis à vis l'argent. «On se fait toujours avoir par l'argent». Cela entraîne une tendance à l'auto-financement. Il s'agit là d'une vieille tradition communautaire, liée au refus du marché, tel qu'on l'a vu plus haut. Aujourd'hui, cette méfiance vis à vis l'argent est moins répandue, mais elle existe. Elle prend souvent la forme d'une méfiance vis à vis l'argent de l'État plutôt que du marché (Le Ru, 1986, p. 56). L'auto-financement par le marché est souvent préféré à l'aide financière directe de l'État. Mais il est beaucoup moins facile à réaliser dans la mesure où les organismes communautaires desservent souvent une clientèle à faible revenu. On se reportera alors sur les subventions d'organismes privés, et en dernier lieu sur l'État, en tentant de varier les sources. Cette méfiance vis à vis l'argent, qui va souvent avec la crainte des grosses structures, est plus partagée par des organismes sans employé, (ou avec peu d'employés). Pour les autres cela prend la forme d'un dilemne souvent angoissant :

> «On sait qu'avec plus d'argent du gouvernement on risque de devenir comme les grosses boîtes. Mais on a besoin d'argent. Si vous trouvez une solution dans votre recherche, n'oubliez surtout pas de nous envoyer le rapport... !»

2° Pour nombre d'organismes, la «guérison» d'une personne implique une transformation de son système de valeurs, l'acquisition de nouvelles valeurs, qui redonne confiance en soi, ce qui va beaucoup plus loin que le problème pour lequel elle était venue.

3° Les organismes disent «travailler sur les valeurs». C'est un trait capital par rapport au modèle scientifique des appareils où on travaille sur un problème technique qui doit trouver une solution technique. Cette approche implique un cheminement inverse à celui de l'approche techno-professionnelle. Elle part du problème précis et s'ouvre au global, allant jusqu'aux valeurs. Inversement, l'approche synoptique (rationaliste) part des objectifs, des finalités, éventuellement des valeurs implicites, et descend vers le problème précis qu'on situe par rapport à cet ensemble.

> «Nous partons de l'intérieur et allons vers l'extérieur, alors que le réseau (public) fait le contraire.»

4° Enfin il importe d'insister sur le fait que les personnes impliquées dans les organismes communautaires affirment être motivées par des valeurs : l'amour, le service, le don, le dévouement, le bénévolat prennent leur source ici. Un organisme qui fonctionne sur le modèle communautaire demande un certain engagement personnel, parfois presqu'un style de vie. Le travail dans l'organisme, c'est plus qu'un travail, c'est plus qu'un job. L'importance de ne pas considérer seulement un dossier mais la personne qui est devant soi prend aussi sa source ici. Soulignons toutefois que, pour nombre de répondants, ce dévouement n'est plus vécu comme avant. Nombreux sont ceux qui ont tenu à célébrer les plaisirs du don, et non plus le sacrifice.

> «Ce n'est pas par grandeur d'âme que je fais cela. C'est par besoin. Je me suis aidé. Je reçois beaucoup des gens que j'aide.»

Ces valeurs peuvent être religieuses mais pas nécessairement. Une certaine spiritualité diffuse caractérise beaucoup de groupes. Ou encore la religion ou la spiritualité n'est pas affirmée explicitement, au moment de l'entretien; mais elle apparaît par

les inscriptions sur les murs de leur bureau ou par d'autres traits. Aussi cette phrase qu'on pouvait lire sur le mur, tout au long de l'entretien : «Nous apprenons à aimer vraiment lorsque «donner» et «recevoir» produisent en nous la même émotion».

Par contre tous affirment respecter les valeurs religieuses de leurs clients et affirment aussi que cela constitue souvent une aide précieuse dans leur guérison. Pour plusieurs répondants, les valeurs spirituelles, au sens large, constituent la source principale de leur capacité d'intervention. «Les valeurs spirituelles sont ce qui empêche les bénévoles de faire des «burn out». Lorsqu'ils perdent ce soutien, ils perdent le sens de ce qu'ils font.»

Tout en accordant une telle importance aux valeurs, les répondants prétendent ne jamais imposer leurs valeurs, alors que, paradoxalement, l'appareil ferait l'inverse. L'approche scientifique cherche le Bonheur, ou la Santé, le Bien-être. Ayant déterminé a priori le contenu de ces notions, on en déduit les comportements nécessaires. Sans utiliser directement les valeurs, on tente alors souvent d'imposer des comportements qui supposent des changements de valeurs chez la personne. Mais les résistances sont grandes car on ne parle jamais des valeurs. Elles sont d'autant plus grandes que la rupture, l'éloignement qui caractérise les relations entre l'appareil et le milieu rendent plus difficile la circulation des valeurs.

Cette référence aux valeurs prend, chez quelques groupes, une forme spécifique dans le cadre du don. Il s'agit de l'idée que pour guérir, améliorer son sort, trouver une solution à son problème, il importe de s'abandonner à une force supérieure. L'abandon de la volonté comme condition d'exercice de la volonté. La valeur de la personnalité, à laquelle on accorde autant

d'importance, comme on l'a vu plus haut, ne conduit donc pas nécessairement au narcissisme individuel. Car cette personnalité est elle-même quelque chose qui a été «donnée». On voit ici l'importance de l'expression «rendre» des services plutôt que «dispenser» des services. Des organismes rendent des services, parce que ce service leur a déjà été rendu. C'est pourquoi on a affaire à un système de réciprocité plutôt qu'un système d'échange binaire, c'est-à-dire limité à deux personnes.

Cette caractéristique se retrouve surtout chez les groupes d'entraide et ceux qui s'inspirent des Alcooliques anonymes; mais aussi chez plusieurs groupes religieux et des organismes de bénévoles directement inspirés ou fondés par des institutions religieuses. Avec cette caractéristique, ces organismes communautaires se retrouvent particulièrement éloignés de la «culture organisationnelle» des appareils publics. Mais ils ne se retrouvent pas seuls pour autant, loin de là. Ils rejoignent bien sûr toutes les grandes religions et les grandes spiritualités, certains courants de la psychnalyse et même certains sociologues, parmi les plus grands, qui se permettaient même d'appliquer cette caractéristique au domaine de la science. «Mesdames et Messieurs ! disait Max Weber, seul l'être qui se met purement et simplement au service de sa cause possède une «personnalité» dans le monde de la sience». Il allait même jusqu'à ajouter «Répondre aux demandes de chaque jour - dans sa vie d'homme, mais aussi dans son métier... - sera simple et facile si chacun trouve le démon qui tient les fils de sa vie et lui obéit.», (1959, p. 66 et 98). Avec cette importance accordée à l'abandon de la volonté, le modèle communautaire refuse l'utopie de la société moderne qui consiste à croire que l'homme pourra, par sa propre volonté, transformer et contrôler rationnellement l'univers. C'est cette croyance qui est à la base du modèle d'intervention propre aux appareils.

6. La liberté

Par contre, par cette dernière caractéristique, les organismes communautaires se rapprochent au contraire de la modernité. En effet, la plupart des personnes membres d'organismes volontaires se sentent libres quand elles se comparent aux employés des appareils. On parle de marge de manoeuvre, d'absence de bureaucratie et de contraintes venant de l'extérieur. Ce trait est important et il distingue le modèle communautaire actuel de la communauté traditionnelle qui contraignait les individus. C'est le refus de la fusion de l'individu au sein du groupe, laquelle était fondamentale au modèle communautaire tel que développé du moins par les anthropologues et imaginé par tous ceux qui étudient les sociétés non modernes. Dans une perspective historique, quel paradoxe en effet que cette insistance sur la liberté. Faut-il rappeler que la liberté, historiquement, c'est le contraire de la communauté. La liberté moderne a été conquise contre la communauté[1].

Ce retour à une communauté composée d'individus libres, c'est peut-être la nouvelle utopie qui réconcilie les avantages de la modernité et ceux de la communauté traditionnelle. Il est certain que sans cet ingrédient, le modèle communautaire attirerait bien peu de personnes, bien peu d'intervenants. Ce passage de la «communauté obligatoire» à la «communauté d'appartenance» (Passaris et Raffi, 1984) est nécessaire pour que le modèle communautaire existe dans notre société. Personne ne souhaite retourner à la communauté obligatoire. Mais, par ailleurs, c'est par cette caractéristique que les organismes communautaires entretiennent une complicité indirecte, mais profonde avec l'État. C'est ce que nous verrons en conclusion.

1. Ainsi la loi de 1901, en France, par laquelle on accorde le droit d'association, fondement des organismes volontaires, avait, parmi ses objectifs, celui de combattre les communautés religieuses dont les membres, précisément, n'étaient pas libres.

CONCLUSION : UNE COMMUNAUTÉ LIBRE ET RESPONSABLE ?

Nous désignons ce modèle d'organisme par l'expression «communauté libre». Refus de la rupture entre producteurs et usagers d'une part qui rapproche les organismes communautaires de la communauté traditionnelle; liberté affirmée qui les distingue de la communauté traditionnelle en ne contraignant pas les individus, et qui en fait des institutions modernes.

Comment cette communauté libre établit-elle les liens avec ses usagers ? Comment est-elle responsable tout en étant libre ? C'est la question principale qui se pose. Or il exixte une tendance, chez les organismes communautaires, à répondre à cette question en affirmant que cette relation est spontanée. Qu'elle va de soi. À cause de leur proximité, de la similitude des préoccupations et des caractéristiques, de la continuité, bref de l'absence de fossé entre le milieu, la communauté, les usagers et l'organisme, plusieurs répondants affirment qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des mécanismes explicites de relations avec les usagers, que cela ne relève pas de leur modèle d'action. En fait, ce serait les normes de la communauté, les valeurs du milieu auxquelles l'organisme volontaire adhère, dont il fait partie, qui jouerait le rôle de mécanisme de contrôle de l'adéquation des services dispensés par l'organisme à la communauté et à ses usagers.

Or, rien n'est moins évident. À la limite cela pourrait s'appliquer au modèle communautaire pur c'est-à-dire sans l'ingrédient de la liberté. Il y a aurait là quelques justifications à une telle position. Mais encore. Voyons les principales objections.

1° D'abord le modèle pur est rarement réalisé, comme on l'a vu. Ou alors il est surtout réalisé comme modèle de fonctionnement de l'organisme lui-même, c'est-à-dire comme forme de relation entre les membres de l'organisme, ce qui ne suppose pas que, automatiquement, les relations avec le milieu sont de même type. Cela peut au contraire entraîner une tendance au repli communautaire. Ce narcissisme autogestionnaire coupe l'organisation de ses clients de façon aussi certaine que l'appareil bureaucratique gouvernemental, s'il n'existe pas de valeurs fortes, mais menaçantes par ailleurs pour la liberté à laquelle les organismes tiennent tant. Pensons par exemple aux communautés religieuses : les voeux de pauvreté et d'obéissance les «forçaient», d'une certaine façon, à rendre des comptes, à être près du milieu. Au nom de la liberté, les organismes refusent ce type de contrainte.

On doit cependant constater que ce modèle narcissique, courant dans les années '70, semble en voie de disparition. Il èst presque absent dans les organismes rencontrés.

2° Même dans le modèle pur de la petite communauté traditionnelle, il existe des formes institutionnalisées de prise de décision : c'est la démocratie directe, comme l'a très bien montré Baechler (1985). La démocratie directe a été inventée par les petites communautés. Et le suffrage universel, l'élection par la majorité, a été inventé dans les monastères, par les moines bouddhistes et chrétiens (Duverger, 1972). Le modèle communautaire ne dispense donc pas automatiquement de mécanismes explicites de relation entre les gouvernants et les gouvernés, même où il n'existe pas de distinction stricte entre producteurs et usagers. Raison de plus lorsque cette distinction existe.

3° Le modèle des organismes communautaires n'est pas le modèle communautaire pur. Il introduit un élément nouveau, étranger à la communauté traditionnelle : la liberté de l'individu. Dans ce contexte, la contrainte des normes communautaires joue beaucoup moins et oblige à se demander : dans le cadre d'une telle liberté, comment va-t-on évaluer l'action, les résultats ? Même si la proximité, la similitude, le fait d'avoir connu le problème maximise les chances de répondre adéquatement à la demande et aux problèmes des clients, cela ne dispense pas de mécanismes d'évaluation explicites des résultats par la communauté, par le milieu, d'autant plus que la liberté existe vis à vis cette communauté.

4° D'ailleurs, curieusement, ce sont ceux dont l'adéquation avec la communauté nous a semblé grande qui, par ailleurs, possèdent aussi des mécanismes d'évaluation explicites, et considèrent ces mécanismes importants : Alanon, groupes d'entraide, etc.

On ne peut donc que s'opposer à la prétention de certains organismes communautaires de substituer à un mécanisme explicite d'évaluation et de responsabilité vis à vis le milieu et les clients le spontanéisme de la relation qui garantirait l'adéquation automatique de la réponse à la demande de service.

Ces mécanismes explicites sont nombreux : financement par le milieu, assemblée générale d'usagers, réunions d'évaluation, conseils d'administration, etc. Ils existent d'ailleurs dans nombres d'organismes communautaires. Certains modes d'évaluation sont d'ailleurs appliqués au secteur public lui-même (chap. 5).

La communauté libre et l'État

Ce qui fait qu'on peut qualifier aujourd'hui les organismes communautaires d'associations volontaires, c'est-à-dire libres, c'est l'intervention de l'État. C'est historiquement l'État qui a permis cette liberté. L'État sous toutes ses formes, y compris l'État local. Dans ce sens, l'État c'est le minimum de contraintes nécessaires dans la société pour que le reste soit libre. Au départ, l'État s'occupe de ce dont les personnes ne veulent plus s'occuper.

> «L'État a été le libérateur de l'individu. C'est l'État qui, à mesure qu'il a pris de la force, a affranchi l'individu des groupes particuliers et locaux qui tendaient à l'absorber, famille, cité, corporation, etc. L'individualisme a marché au même pas que l'étatisme.» (Durkheim, cité par Rosanvallon, 1983, p. 81)

Rosanvallon ajoute :

> «Le développement de l'État-providence est libératoire pour les individus qui, bénéficiant d'une protection personnelle, se trouvent déliés de leurs anciennes obligations envers des groupes de solidarité comme la famille, qu'il fallait autrefois ménager coûte que coûte pour sa sécurité.» (Id, p. 70)

Avec le temps, son rôle s'est renversé. Il essaie de prendre toute la place. Et tout le problème des relations entre les organismes volontaires et l'État est là. La liberté établit une étrange complicité entre les organismes et l'État, qui marque l'ensemble de leurs relations. La dépendance financière n'est qu'un aspect de cette relation.

De plus il faut bien souligner que cette liberté n'a pas que des avantages du point de vue des clients, ou des citoyens en général. La liberté va contre certains droits fondamentaux, au sens où si une société décide que certains services sont un droit universel

pour tous, à cause de cette liberté, elle peut difficilement les confier entièrement aux associations communautaires[1]. Dans ce sens, plus ils insistent sur cette liberté, plus ils fournissent des arguments à ceux qui s'opposent aux organismes au nom des droits de tous à certains services. C'est ici que peut s'immiscer ce qu'on pourrait appeler le faux communautaire, qui n'aurait de comptes à rendre à personne. Un organisme peut être hors de l'État sans être communautaire. On ne peut s'octroyer l'auréole du communautaire simplement parce qu'on est hors de l'État et que l'on ne vise pas le profit. D'ailleurs certains organismes sans but lucratif, telle la Société canadienne du cancer, ont été considérés par des répondants comme «pire que le gouvernement».

Certains services ne peuvent être rendus que par l'État. Seul il peut assumer la responsabilité qui rend possible le fait que les autres intervenants soient libres. Toutefois l'État peut être décentralisé, être contrôlé par le milieu, lui aussi, avoir des comptes à rendre de façon plus locale. On en arrive à cette nécessité, que ce soit l'appareil ou que ce soit l'organisme communautaire libre, de s'assurer de leur responsabilisation vis à vis leur milieu. On peut appliquer, aux organismes communautaires, cette phrase de Rosanvallon à propos de la société civile : «Ils ne peuvent en fin de compte exister face à l'État que s'ils comportent en eux-mêmes des mécanismes de responsabilité» (1983, p. 85).

La liberté des organismes met en évidence l'aspect moderne du modèle communautaire, son ambiguité par rapport à la responsabilité que le mouvement communautaire peut assumer et la subtilité de sa relation avec l'État, en même temps opposition et

---

1. Comme la société le faisait avant en confiant le secteur social aux communautés religieuses.

complicité. C'est parce que l'État prend en charge nos parents que des organismes volontaires qui décident de s'en occuper peuvent le faire de façon libre, sans l'obligation qui existait antérieurement. Cette liberté peut vouloir dire absence de responsabilité. La société peut-elle confier des responsabilités au mouvement communautaire ? À qui rendra-t-il des comptes ?

Comment cela se réconcilie-t-il avec son exigence légitime de liberté ? L'examen du modèle d'action qui caractérise les organismes communautaires rencontrés conduit à remettre en question l'équilibre que l'État a progressivement établi avec ce qu'on a appelé la société «civile». Finalement cette réconciliation entre la création de liens et le maintien de la liberté, recherchée par le projet communautaire, c'est aussi ce que cherche tout individu : avoir des liens tout en restant libre. La façon dont chacun résout cette équation est un indicateur de la réussite de sa vie, ou du moins du degré de maturité atteint... Le modèle communautaire met plus l'accent sur les exigences des liens, alors que le modèle libéral a tendance à nier leur importance.

Conclusion

LA DÉCENTRALISATION VOLONTAIRE

Quelles réponses peut-on apporter aux questions posées au début de la recherche : quel pourrait être le rôle des usagers dans les établissements publics de santé et de services sociaux ? Quel est le rôle respectif de ces institutions publiques et des organismes issus du milieu ? Quelles sont et quelles pourraient être les relations entre les organismes et les établissements ?

Mais d'abord comment interpréter leur évaluation des services, des relations avec la clientèle, des relations avec le milieu, des structures ?

1. LEUR ÉVALUATION DES SERVICES

Il n'est pas inutile de rappeler ici certains grands objectifs de la commission Castonguay : continuité, universalité, accessibilité, importance accordée à la prévention. Comment, quinze ans après, les représentants du milieu dans les conseils d'administration et les organismes communautaires jugent-ils le réseau public ?

La continuité, pour un client, cela veut dire que l'on s'occupe de son cas du début à la fin, soit par la même personne, soit par des personnes qui font le lien. Les témoignages, provenant surtout des organismes communautaires indiquent que, à quelques exceptions près, cette continuité s'arrête à l'intérieur du réseau d'établissements, voire d'un même établissement. Sauf par ses «exceptions» (chap. 4), qui travaillent en marge du mode de fonctionnement dominant, le réseau public réussit difficilement, actuellement, à établir la connexion avec les ressources du milieu pour réaliser cette continuité. Bien plus, souvent, c'est plutôt l'action des organismes communautaires eux-mêmes qui réalise cet objectif de continuité. Des exemples nombreux ont été fournis

dans les chapitres précédents. Le plus fréquent, c'est évident que la continuité, ça s'arrête à 5 heures le vendredi après-midi... Mais ce n'est pas le seul.

> «Nous avons commencé par des activités de réadaptation, d'éducation, de formation en tissage et à la reliure. Mais ils (handicapés) ne trouvaient pas d'emplois; alors nous en avons créé : kiosques de Loto-Québec, services de conciergerie, récupération. Alors on a eu des problèmes avec le ministère. Notre statut ne nous autorisait pas à créer des emplois, mais seulement à faire de la formation. On a fait un procès, on a perdu, on a été intégré au réseau dans un endroit où ils ont réglé le problème de la création d'emplois : ce n'est pas leur mandat !»

L'universalité de l'accès à certains services demeure un acquis très valorisé par les répondants. L'aspect financier de l'accessibilité passe principalement par l'assurance-maladie, l'accès gratuit aux polycliniques et à l'hôpital. Toutefois de nombreux problèmes d'inégalité dans l'accès et d'inégalités géographiques ont été soulignées. Certains services ont connu une détérioration. Il en est ainsi par exemple des médecins à domicile. Même si plusieurs répondants considèrent philosophiquement le fait de ne plus avoir droit aux médecins à domicile («c'est le prix du progrès»...), la grande valorisation de tous les autres services à domicile montre l'importance qu'on accorde à ces soins.

Des témoignages indiquent que l'accessibilité géographique a souvent diminué, qu'elle était plus importante avant la réforme, souvent par le biais des unités sanitaires et des postes qu'ils ouvraient, ou des médecins qui étaient plus nombreux à s'installer dans les villages. La population rurale déplore aussi les mouvements de concentration des équipements. «Les CLSC c'est une organisation urbaine. Avant on avait beaucoup plus de services dans notre village.»

L'accessibilité est aussi restreinte de toutes sortes de façons : par le système de priorisation des dossiers qui, selon la quasi unanimité des répondants, fonctionne mal, fait en sorte que souvent, l'accessibilité est théorique puisqu'elle est possible une fois le problème réglé... Il est impossible de dire si les inégalités géographiques d'accès sont plus grandes qu'avant. La réponse est probablement que certains services spécialisés sont plus accessibles sur une base régionale, mais que globalement, un ensemble de services plus personnels sont maintenant plus éloignés qu'avant. Mais avec la voiture...

2. L'EVALUATION DES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

La qualité des relations est la préoccupation centrale des répondants, soit pour critiquer, soit pour montrer au contraire leur appréciation de certaines catégories de personnel. Que ce soit dans les critiques des travailleurs sociaux à la protection de la jeunesse ou des psychiatres, ou inversement, de leur appréciation de l'ensemble des services de maintien à domicile des CLSC, et plus particulièrement de la qualité du travail des infirmières, où qu'elles soient, les commentaires portent d'abord sur la relation.

> «Le psychiatre donne les pilules pour se débarrasser de nous. Il ne connaît que la maladie. Heureusement il y a l'infirmière. Elle connaît la maladie, mais elle connaît aussi le patient et le comprend.»

Ces résultats confirment ce que nombre d'observateurs de l'évolution actuelle de la pratique médicale officielle déplorent : la médecine (et le travail social ?) est engagée dans une voie qui la conduit à une impasse : la voie technicienne, qui

consiste à réduire toute maladie à un problème technique qui trouve (et trouvera de plus en plus) une solution, un «remède» dans le développement technologique et biochimique. Dans cette évolution les médecins perdent peu à peu la compétence relationnelle au profit de la compétence technique.

Cette connaissance pratique, la sagesse médicale l'avait toujours considérée fondamentale jusqu'à maintenant. Durrell, dans Le Quatuor d'Alexandrie, fait dire à un de ses personnages : «Vous ne feriez jamais un bon docteur. Il faut deviner les malades - car ils mentent toujours.». C'est ce type de problème, caractéristique de la compétence relationnelle, qui tend à échapper à la compétence de la médecine officielle. Ou alors, si le problème est reconnu, dans le cadre de l'approche technicienne actuelle, la solution consistera à s'équiper de détecteurs de mensonges de plus en plus perfectionnés et à demander des subventions de recherche à cette fin...

Les représentants des usagers et les organismes communautaires considèrent que cette compétence relationnelle échappe de plus en plus aux médecins et repose davantage, aujourd'hui, chez les infirmières, du moins dans le contexte des établissements publics.

Depuis la fin des médecins à domicile et du modèle du médecin de famille jusqu'aux tentatives pour parcelliser le travail des infirmières dans les hôpitaux, c'est la même logique qui, au nom du progrès, aboutit en fait à une diminution de la qualité des services pour les usagers. Car, dans le domaine des services de santé et des services sociaux, la parcellisation n'affecte pas seulement la qualité du travail des producteurs (les employés). Elle touche nécessairement, et directement, le client. Car à la différence du consommateur de biens, le client est aussi

coproducteur du service. C'est dans un travail conjoint avec le client que le praticien «produit» sa «guérison» ou arrive à une diminution de ses problèmes familiaux ou autre, qui eux-mêmes sont d'ailleurs presque toujours des problèmes de relations.

C'est ce que reconnaissent les organismes communautaires qui placent au centre de leur modèle d'intervention la qualité de la relation. C'est ce que disent les répondants lorsqu'ils soulignent la qualité du travail des infirmières, lorsqu'ils déplorent l'attitude des médecins, surtout les psychiatres et les spécialistes en région éloignée, lorsqu'ils montrent leur attachement aux services à domicile des CLSC, lorsqu'ils critiquent les services de protection de la jeunesse.

De façon générale, dans le domaine des services à la population, c'est précisément cette compétence relationnelle qui a justifié dans le passé qu'on accorde un pouvoir monopolistique à certaines professions libérales. La pratique médicale actuelle est donc dans une situation étrange : c'est le technicien qui détient le pouvoir, et la responsable de la relation lui est subordonnée. La relation normale technicien - généraliste est inversée. Si la tendance dominante de la science et de la pratique médicale se maintient, faudra-t-il un jour se résoudre à soumettre les médecins au contrôle des infirmières... ?

Mais ce n'est pas seulement la conception technico-scientifique de la pratique médicale qui est en question. Ce jugement des usagers et des représentants d'organismes rencontrés, c'est aussi un constat d'échec partiel de la réforme des affaires sociales, sous plusieurs aspects. Car il s'agit d'objectifs importants de la commission Castonguay qui n'ont pas été atteints. Paradoxalement, actuellement, ce sont les organismes communautaires qui semblent réaliser dans les faits plusieurs objectifs de la réforme, en

dehors de l'assurance-santé. Certes la qualité de certains services et interventions a été mentionnée. Mais la détérioration de certains services suite à l'arrivée des CLSC (par comparaison avec les unités sanitaires) et les nombreux commentaires négatifs recueillis concernant les centres de services sociaux posent un certain nombre de questions. Des services inaccessibles, définis «en dehors du milieu» et donnant l'impression d'être «coupés des vrais besoins»; des praticiens que l'on blâme de leur attitude ou que l'on plaint d'être dans un tel cadre, est-ce cela que l'on voulait comme réseau public des services sociaux ? C'est maintenant les organismes communautaires qui insistent sur la base de toute intervention : la qualité de la relation (avec tout ce qui va avec cela : la disponibilité, l'empathie, le support au bon moment...). Comme si en érigeant un système de plus en technique, certains avaient perdu de vue l'essentiel. Terminons cette section en citant le témoignage d'un répondant sur les relations.

> «J'ai subi une opération à coeur ouvert. Je serais mal placé pour dire que les médecins sont inutiles. Mais il faut redonner confiance aux personnes. Leur faire comprendre que tout ne dépend pas du médecin, qu'on se guérit à partir de notre richesse personnelle. Dans ma relation d'aide, j'essaie de développer la richesse personnelle de chacun. À partir de là tout est possible. Une façon intéressante de redonner confiance c'est de se faire aider par ceux qui ont connu la même maladie. De cette façon on peut développer une relation complètement différente avec le médecin, qui peut même entraîner à nouveau des visites à domicile, etc. Car les médecins ont aussi besoin de ça. Un matin j'ai dit à mon médecin : «Avant de parler de ma maladie, ce matin j'ai envie de parler de ma vie spirituelle.» Au début ça l'a choqué. Mais il a fini par me dire que ça lui manquait énormément, des relations comme ça. Maintenant on s'aide tous les deux. Quand j'ai un problème je l'appelle, je ne vais plus le voir, il me conseille. Ça n'entre pas sur la castonguette. Même s'il a «perdu» un avant-midi avec moi, finalement il a sauvé du temps même dans l'exercice de sa profession médicale. Et en plus on a changé notre relation et ça fait plaisir à tout le monde. Les pauvres médecins, ils auraient tellement besoin de ça.»

Question : Mais tous ne peuvent pas arriver chez les médecins en voulant parler de leur vie spirituelle ?

«C'est justement ce que nous on essaie de développer dans nos cours de formation à la relation d'aide : développer les richesses personnelles de chacun pour qu'il puisse reprendre confiance. Que le gouvernement mette de l'argent là-dedans et on va peut-être diminuer le problème des urgences.

3. LA SÉLECTION DES CLIENTS

Par ailleurs un autre aspect du réseau public a été beaucoup critiqué. Surtout depuis les restrictions budgétaires, le réseau diminue le nombre de clients en développant des systèmes comptables de priorisation des clientèles, qui, selon les répondants, n'atteignent que partiellement leur fin : traiter en premier ceux qui en ont le plus besoin. Ils accentuent souvent le problème en retardant le moment où l'usager a accès au service, ou en lui donnant accès lorsque la crise est passée. Ce faisant les établissements rendent de plus en plus difficile le maintien d'une relation de qualité entre le client et le praticien, celui qui est ultimement responsable du client, concrètement; celui pour qui le client ne peut pas se limiter à une somme de critères d'admission à un programme sans qu'il désinvestisse sa pratique, ou alors fasse un «burn out»...

Comment peut-on imaginer qu'en continuant dans cette voie on arrive vraiment à tenir compte de l'ensemble des facteurs pertinents pour choisir un client ? Cela est impossible; sauf si on partage la vision d'un directeur d'établissement, qui nous faisait part récemment de son rêve de pouvoir, en faisant du porte à porte, mettre sur fiches toute la population du territoire desservi, connaître ses vrais besoins, traiter toute cette information avec les puissants moyens de l'informatique et en arriver ainsi à l'intervention parfaite... Outre l'aspect

totalitaire inquiétant de ce rêve cybernétique, comment ne pas songer aux effets négatifs de cette approche sur ce que les répondants déplorent le plus, actuellement : la qualité de la relation. Est-ce en automatisant toujours plus le processus de sélection de la demande qu'on améliorera la qualité de la relation, «l'empathie, la compassion»[1] ? Non. D'ailleurs, même en ce qui concerne la sélection, les organismes communautaires répondent que, au contraire, c'est en modifiant l'esprit des interventions et des intervenants que s'établira un système de sélection des clients qui tiendra compte des priorités des personnes avant qu'elles ne soient transformées en dossier et «processées» dans le système de priorisation. Et certains organismes jouent un rôle important de relais auprès de l'établissement dans la sélection à cause de leur connaissance et de leur proximité du milieu.

Actuellement, enfin, le réseau public refoule un nombre croissant de cas sur les organismes communautaires et même, souvent, carrément sur le milieu physique en les renvoyant à la rue. Il ne traite pas avec les familles, avec les ressources du milieu, avec les associations d'entraide qui se forment parce qu'il n'a pas le temps. C'est ainsi qu'il multiplie le nombre de cas qui viendront lui enlever le temps de communiquer avec le milieu...

Tout se passe comme si on niait la pertinence et l'apport de tout relais entre le client individuel et l'organisation. C'est le problème de base de l'approche technocratique professionnelle, qui ne conçoit et ne reconnaît qu'un rapport direct entre le client - individu et l'établissement. Le modèle rationnel ne fait pas confiance aux relais, aux associations, à la communauté, sauf

---

1. Pour employer les termes du président de la Corporation des médecins cité au début du chapitre 4.

comme pis aller, lorsqu'il n'a plus de ressources pour édifier ses systèmes complexes qui aboutissent à connaître tellement bien les besoins (les vrais...) et tous les individus du territoire qu'on pourrait enfin se passer de ces instruments boiteux et indignes de l'époque moderne que sont l'opinion publique, les pressions des associations locales de défense des usagers, les conseils d'administration composés d'individus ordinaires, non informés, non compétents. Notons ici que les gestionnaires du réseau et les représentants dans les conseils d'administration que nous avons rencontrés se rejoignent sur un point : les représentants aussi déplorent le fait qu'ils ne sont pas informés... parce qu'on ne les informe pas !

Ce n'est donc pas l'approche médicale seulement mais le modèle technocratique dans son ensemble qui est en question. Face à ce modèle, les organismes communautaires prennent une place de plus en plus grande, fondée sur un ensemble de valeurs et de principes différents du réseau public. Ils affirment donner au client ce qui manque, et manquera de plus en plus au réseau. Tout en se sentant responsables vis à vis leur clientèle, ils souhaitent pourtant que le réseau continue de s'occuper des cas lourds, qu'il assure une certaine stabilité, que souvent il les finance, qu'il ne prenne pas leur place mais assure ce qu'ils ne peuvent pas faire. La communication entre les deux mondes est difficile. De toute évidence une nouvelle éthique est nécessaire dans le secteur public; une éthique qui, comme le mentionnaient les sociologues américains cités en introduction, sera centrée sur certaines valeurs humanistes, plutôt que sur l'efficacité quantitative basée sur le nombre de cas «traités[1]» par le système, et qui ne contribue même pas à régler le problème quantitatif d'accès.

---

1. Le terme s'applique maintenant à la façon dont on intègre l'information concernant un individu dans un fichier, et non à la façon dont on répond à son problème (le traitement). Ce renversement n'est-il pas symbolique ?

4. LES RELATIONS AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

On retrouve mutandis mutandis l'importance des relations personnelles dans les relations entre les établissements et les organismes communautaires. Autant par l'importance qu'on accorde aux individus exceptionnels dans les établissements avec qui on entretient de bonnes relations que dans les échanges plus politiques. Il importe donc de distinguer ici entre les relations politique et les relations qu'on peut appeler de travail.

- Les relations politiques : l'enquête confirme des données antérieures qui permettaient de constater que le contact personnel, la connaissance d'un individu soit dans un conseil d'administration, soit plus souvent d'un permanent du réseau, est le principal facteur de succès de la relation avec le réseau des Affaires sociales. Cela semble jouer même pour bénéficier des services d'un médecin à domicile, qui serait l'apanage des membres de conseils d'administration des établissements... Il s'agit là d'un constat d'échec implicite de l'approche rationalisatrice qui, depuis le PPBS au RCB et aujourd'hui à la planification stratégique, sous couvert de critères rationnels objectifs, utilise pratiquement un mécanisme de décision qui a toujours existé : la connaissance concrète et personnelle d'un organisme, d'un groupe, d'une personne. Voilà ce qui constitue le critère de décision le plus important. C'est ce critère qui, pour employer le langage de ces approches, «priorise le dossier» avec quelqu'un, et donc fait en sorte, par exemple, qu'il aura ou non l'information qu'il cherche, le service qu'il demande, la subvention dont il a besoin. On pourrait désigner ce système par l'expression «patronage technocratique» puisque, actuellement, les représentants de la population y jouent un rôle bien modeste.

Cela n'est pas nécessairement mauvais. Mais il serait souhaitable que les cadres cessent de se gargariser avec leurs critères d'attribution rationnelle des ressources qui seraient fondées sur l'objectivité «scientifique». Les relations entre le réseau public et ce que l'analyse des organisations appelle son «environnement» ont peu à voir avec la façon dont on le décrit dans l'analyse systémique. On peut bien le déplorer, mais il faut le reconnaître. Il faut reconnaître l'existence et l'utilité des relais. Il faut admettre que la connaissance empirique demeure le principal critère d'attribution des ressources et d'accès aux services, et que cela est nécessairement subjectif. Ces constatations ont des conséquences importantes sur les structures à mettre en place, qui doivent alors favoriser l'accès le plus égal possible à l'ensemble des groupes ou individus qui sont susceptibles de se voir attribuer une ressource quelconque.

- Les relations de travail : il existe des difficultés importantes pour assurer la collaboration et la continuité entre le travail des organismes communautaires et celui de l'établissement. Cela est dû à la faiblesse de plusieurs organismes, mais aussi à l'ignorance du réseau public et à sa tendance monopoliste et rationaliste qui s'accompagne d'une volonté de classifier, de ranger l'intervention des groupes dans des catégories auxquelles ils sont allergiques, de par leur façon même de fonctionner. Quant au caractère monopoliste, il entraîne le fait qu'aussitôt qu'un organisme s'approche du réseau, ce dernier a tendance à l'utiliser pour ses propres fins, plutôt que d'établir une relation de collaboration. Les exemples sont ici nombreux. Nous avons déjà mentionné cette caractéristique des appareils de ne pas reconnaître les relais du milieu. C'est ce qui fait qu'il les utilise seulement lorsqu'il ne peut pas faire autrement, ce qui fait que la chaîne de relation qu'on retrouve le plus souvent, c'est :

client --------- établissement --------- organisme communautaire,

alors que les organismes du milieu s'attendent à trouver aussi souvent :

client --------- organisme communautaire --------- établissement.

Malgré tout, les relations sont fréquentes et souvent satisfaisantes sur une base individuelle. Elles bloquent lorsque l'un des deux partenaires veut imposer son mode de fonctionnement, souvent étranger à l'autre. Cela est confirmé par la difficulté, voire la résistance qu'éprouvent les organismes lorsqu'on leur demande de transposer leur expérience dans les établissements q'ils connaissent. Ils en sont généralement incapables. De plus la démarche leur semble aberrante. C'est pourquoi les conditions qui expliquent selon eux le succès de leur organisme ne semblent pas applicables aux établissements. C'est un autre monde.

Il n'en demeure pas moins que certaines collaborations semblent réussies. L'analyse de ces expériences est présentée dans un rapport séparé. Une question se pose. Est-il possible de réconcilier, d'une façon au moins pratique, les deux principes différents qui fondent l'action du réseau public et du monde communautaire, ou au moins de trouver un lieu qui fasse le lien ? C'est ce que nous verrons dans la dernière partie.

5. LES STRUCTURES ET LA REPRESENTATION DES USAGERS

«On ne nous informe pas suffisamment de ce qui se passe; nous sommes trop isolés des usagers, de la communauté, ce qui diminue notre légitimité, donc notre pouvoir.» Voilà ce que déplorent surtout les représentants rencontrés. C'est ce qui explique la

faiblesse de leur pouvoir. L'augmentation du nombre de représentants dans les conseils d'administration, qui devraient pour plusieurs atteindre la majorité, a été suggérée, ainsi qu'une plus grande marge de manoeuvre de l'établissement vis à vis le Ministère. La faiblesse de la représentation est particulièrement évidente dans les centres de services sociaux.

Il y a là un cercle vicieux qu'on ne peut faire éclater qu'en ouvrant l'appareil, en faisant en sorte qu'il ait des comptes à rendre au milieu, à ses citoyens, à ses usagers, à ses associations. Il faut donc renforcer la représentation, la présence du milieu dans les établissements. Ni le nombre de représentants de la population (ni d'ailleurs le pouvoir de l'organisme où les représentants siègent) n'atteignent un seuil significatif minimal actuellement, surtout dans les centres de services sociaux où la présence du représentant est dérisoire.

Cela étant admis, par qui les représentants devraient-ils être mandatés ? À ce sujet, une affirmation a souvent été faite concernant la représentation des usagers et des citoyens dans les conseils d'administration. Ce mécanisme serait insuffisant, affirme-t-on, parce que la vraie démocratie est ailleurs, dans les associations du milieu, dans les groupes communautaires, etc. C'est pourquoi ce sont eux qui devraient être représentés directement. Il semble qu'une confusion existe ici, qu'il importe de dissiper.

Qu'entend-on par insuffisant ? Insuffisant pour quoi faire ? Si c'est par rapport à l'idéal, c'est-à-dire que tous puissent participer également à l'ensemble des décisions qui les concernent, ou encore si on dit que ce moyen est insuffisant pour garantir qu'on aura toujours les meilleurs dirigeants, les plus compétents, les plus dévoués, etc., c'est vrai. Non seulement

parce qu'il s'agit là d'un idéal difficile à atteindre, mais plus profondément parce que ce n'est pas son but. La démocratie représentative part au contraire de l'idée qu'il n'est pas possible d'avoir toujours les meilleurs décideurs, les plus compétents, les plus dévoués, les plus informés. Devant ce fait, elle essaie de trouver des moyens qui permettent de remplacer les décideurs lorsqu'on n'en est plus satisfait. Voilà un caractère spécifique de la démocratie représentative.

Par ailleurs si l'on veut dire que cette représentation dans les conseils d'administration (en supposant bien sûr qu'elle devienne importante et significative) est insuffisante pour garantir la participation de tous, cela est encore exact. La représentation dans un conseil d'administration rend possible la vie démocratique. Elle accorde des pouvoirs légaux, elle fixe des règles de jeu. C'est une institution. La vie, le dynamisme démocratique, ne réside pas dans les institutions. Les institutions ne font que permettre au dynamisme du milieu de s'exprimer de façon démocratique. Il y a donc confusion lorsqu'on reproche à des institutions comme les conseils d'administration de ne pas être le moteur du dynamisme démocratique. Par contre ils en sont une condition indispensable. Car la vie associative et démocratique ne devient vraiment dynamique que s'il existe des possibilités institutionnelles d'exercer le pouvoir. Autrement personne n'a l'intérêt ni le temps pour se mobiliser inutilement. C'est ce que toutes les expériences de participation sans pouvoir ont démontré.

C'est pourquoi lorsqu'on dit que la vraie démocratie se situe dans les organismes du milieu, c'est vrai. Mais les institutions démocratiques dotées de pouvoir vont permettre à cette vie associative de remplir les postes de pouvoir. Les institutions et la vie démocratique, ce sont deux choses différentes. On n'a pas

intérêt à les confondre, car on se dirige alors presque inévitablement vers des structures de type corporatiste : on projette directement des regroupements qui sont fondés sur des intérêts spécifiques (particuliers) dans l'institution publique qui doit être fondée sur l'intérêt général. C'est ce que tendent à confondre ceux qui proposent que les conseils d'administration des établissements soient composés de représentants choisis directement par des associations, plutôt qu'élus ou choisis par l'ensemble de la population. Dans la conception non corporatiste de la démocratie, on ne néglige pas l'apport des associations. Elles jouent au contraire un rôle dynamique et indispensable dans le processus de nomination des représentants dans les institutions. Mais la décision elle-même est toujours prise par l'ensemble de la population, sous l'influence de ces associations, qui peuvent à la limite se transformer en parti politique.

On a donc observé avec intérêt l'apport de ces associations en tant que relais entre les usagers et l'institution - de même d'ailleurs que certains relais créés par l'institution elle-même. Mais l'on n'a pas été convaincu pour autant de la nécessité de les substituer au mécanisme représentatif direct.

Des cas particuliers

Il est donc important de maintenir, de façon générale, l'élection directe de ceux qui prennent les décisions par le milieu ou les clients. Les répondants ont toutefois mis en évidence le fait que ce moyen ne peut pas être partout appliqué dans le domaine des affaires sociales. Ainsi le problème du pouvoir des usagers se pose de façon bien particulière chez les mineurs, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes atteintes de maladie mentale, etc. Pour plusieurs raisons la représentation des

usagers par les moyens habituels ne peut être assurée, et même le recours à l'opinion publique est souvent difficile dans la mesure où les personnes atteintes et leurs proches cherchent souvent à cacher ces problèmes.

En ce qui concerne la difficulté de rendre publics les problèmes, on a observé des initiatives intéressantes et adaptées à ces situations. Pensons à l'approche des Alcooliques Anonymes, qui se répand actuellement pour d'autres types de problèmes (parents violents à l'égard de leurs enfants, etc.). L'anonymat n'empêche pas la démocratie à l'intérieur de l'organisme, bien au contraire. Les reproches que les associations font parfois à ces groupes concernant le refus de se joindre à eux dans des actions publiques ne font que mettre en évidence l'incompréhension du sens de l'action de ces groupes.

Cela ne permet cependant pas d'apporter une solution à leurs problèmes de représentation et de défense dans les institutions. Ici, c'est l'ajout d'un substitut à la personne en perte d'autonomie par des proches ou des bénévoles qui constitue l'invention la plus intéressante et permet au mécanisme de la représentation de jouer un rôle même dans cette situation exceptionnelle. Ce substitut peut être un individu ou une association. Il est important de noter que même si le système public est éloigné, comme on l'a vu, du modèle communautaire, l'existence d'un conseil d'administration dans les établissements, avec toutes les limites qu'on lui connaît, constitue un atout important pour le développement de tels substituts. C'est d'ailleurs ce que reconnaît un organisme qui utilise ce moyen (chapitre 5).

Un problème similaire, mais beaucoup moins profond, touche la représentation des usagers dans certaines institutions comme les

centres de services sociaux ou les hôpitaux de courte durée. Le recours à ces établissements constitue le plus souvent, pour le client, une expérience pénible qu'il souhaite oublier le plus rapidement possible. Il espère en tout cas avoir besoin le moins possible de ces établissements. Comment, dans ces conditions, assurer la base normale d'une représentation démocratique des usagers ? Comment assurer une mobilisation minimale ? Tous les représentants des centres de services sociaux, même celui où existe pourtant un conseil des usagers, soulignent la difficulté de regrouper et d'impliquer les bénéficiaires. Ils le déplorent d'autant plus que cette situation mine continuellement leur crédibilité. Quant aux représentants dans les conseils d'administration d'hôpitaux de courte durée, la pratique semble s'orienter vers le choix de gestionnaires choisis par le directeur de l'établissement, et provenant d'autres réseaux publics (éducation, le plus souvent). Quelques répondants de cette catégorie ont aussi souligné ce problème. Ici encore, la solution qui semble se dessiner est la mobilisation d'associations de personnes affectées par les services de l'établissement.

6. LES PRINCIPES

Peut-on déduire certains principes, certaines balises des résultats de l'enquête et des réflexions qui précèdent ? Les commentaires des représentants de la population et les organismes communautaires nous conduisent aux suggestions suivantes :

- Il importe de conserver ce qui est acquis en termes d'universalité d'accès. Mais de reconnaître aussi les fausses accessibilités qui existent, et certaines détériorations.

- L'État (et ses établissements) est un acteur parmi d'autres. Il doit reconnaître l'action des autres et la soutenir lorsque nécessaire. Sur un territoire donné il n'a pas à se poser en juge, ni en «encadreur» de tout ce qui se dispense (ou se «donne», ou se «rend») en matière de santé et services sociaux. Il n'a donc pas à s'attribuer le monopole des services, ni de l'innovation qui surgit dans le milieu, ni surtout des valeurs. Mais il doit s'inscrire dans ce milieu et y prendre ses responsabilités. L'enquête confirme à cet égard les propos de Passaris et Raffi : «Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire des associations, elles ont le plus souvent précédé l'État dans la création de nouveaux services collectifs...» (1984, p. 68).

- Notamment il doit établir des liens beaucoup plus fructueux avec le réseau communautaire. C'est d'abord au réseau public à se transformer pour accroître sa capacité de réponse et de collaboration avec les multiples ressources du milieu. Mais il n'est pas (plus) question de confondre les deux. Les deux systèmes doivent demeurer, mais se rapprocher.

- À cette fin l'augmentation significative du contrôle et de l'évaluation par les usagers sont indispensables, même s'ils ne constituent pas la seule réponse qui soit valorisée par les répondants. Une majorité solide dans les organes de décision du réseau public rallie la majorité des répondants et devrait être considérée comme un seuil minimal, au moins dans les CLSC.

- Concernant plus spécifiquement ce qu'on appelle le «communautaire», il doit être sous la responsabilité du milieu. Cela inclut évidemment la définition de ce qu'est le communautaire.

- On ne doit pas fonder l'action sur des distinctions abstraites : curatif et préventif, première et deuxième ligne, etc. Ainsi, on a constaté que la prévention semblait beaucoup mieux réalisée, actuellement, par les organimes communautaires que par les établissements, sauf la prévention qu'on pourrait appeler classique, celle effectuée, par exemple, antérieurement par les unités sanitaires (vaccins, etc.). Et il semble que ce qui explique en bonne partie cette situation soit le fait que les organismes communautaires accordent beaucoup moins d'importance que les établissements à ces distinctions, que par exemple le curatif est présent avec le préventif et inversement. Autant les organismes communautaires que la plupart des représentants centrent leur attention sur la solution de certains problèmes, plutôt que l'atteinte d'objectifs a priori.

- Les changements structurels globaux doivent être à la marge. Les grandes réformes institutionnelles, et même les petites, n'intéressent tout simplement pas (plus) les répondants. Cela ne signifie cependant pas que le changement réel ne soit pas majeur au bout du compte, surtout si les règles du jeu, les normes, l'éthique du système sont touchés. Mais les changements structurels sont une sorte de conséquence des «vrais» changements. Ils ne sont pas «moteurs».

On doit cependant noter un trait qui touche aux structures : la valorisation de la petite taille. Le moins que l'on puisse dire c'est que les répondants ne partagent pas l'intérêt du réseau des affaires sociales pour les économies d'échelle. Ils penchent plutôt du côté de la commission Parizeau qui les qualifie de «fugaces et aléatoires» (1986, p. 182). Ils ont souvent l'impression que lorsque deux établissements fusionnent pour réaliser des économies d'échelle, quelques années plus tard, on

s'aperçoit que le directeur général a embauché un nouvel adjoint. Autrement dit, si on «économise sur les échelles», c'est souvent pour en allonger la longueur et le nombre d'échelons...

- Il faut craindre l'uniformité; admettre la diversité et ses conséquences. Respecter les inventions locales, nombreuses. Ce principe simple est peut-être le plus difficile à appliquer tellement il s'oppose aux habitudes acquises depuis 30 ans.

Autrement dit, ce que les répondants nous ont semblé souhaiter d'abord, c'est que l'État et ses employés opèrent un virage par rapport à la révolution tranquille en cessant de croire plus aux structures qu'aux personnes; que les employés d'un établissement public redeviennent aussi solidaires du milieu qu'ils desservent que de l'institution qui les emploie. Ils ont déploré cette faible solidarité avec le milieu qui a été progressivement rogné au profit d'une identification à l'institution et à sa «culture», et remplacé par une adhésion idéologique à des idées comme les vrais besoins, la prévention, etc.

Lorsqu'un maire est dynamique et dévoué, ce n'est pas pour l'institution municipale, mais pour «sa municipalité» et les citoyens qui y vivent. C'est toute la différence entre une municipalité et un CLSC. L'institution doit redevenir neutre sous peine d'entraîner le repli organisationnel de ses membres. En un mot, les répondants souhaitent que les membres du réseau d'établissements publics s'intéressent plus aux personnes, et personnalisent moins l'institution.

7. UNE ORIENTATION POSSIBLE : LA DÉCENTRALISATION VOLONTAIRE ET VARIABLE

S'il fallait résumer en une phrase le problème le plus souvent identifié par les répondants, ce serait la suivante : il y a un problème de relations. Relations entre les établissements et les usagers, relations entre les établissements et les organismes.

Ce problème est mis en évidence par la distance qui existe entre le modèle d'action des organismes communautaires et celui des établissements : ce que nous avons appelé le réseau et l'appareil. Le problème pourrait être partiellement résolu si les organismes - publics, professionnels ou communautaires - responsables de rendre les services de santé et de services sociaux étaient au moins partiellement, mais véritablement, contrôlés par les clients. Une certaine continuité s'établirait entre les deux systèmes. Comment faire en sorte qu'ils le soient ?

La décentralisation constitue une réponse, une manière[1] d'accroître la responsabilité des usagers. Mais pas n'importe quelle forme de décentralisation. Ainsi, on doit exclure un modèle de décentralisation politique précis qui s'appliquerait uniformément à tout le territoire. Il s'opposerait à plusieurs principes : variété, respect des acquis en ce qui concerne l'universalité, changement structurel à la marge. Concernant ce dernier principe, il ne faut toutefois pas oublier que l'on ne part pas de rien. Le système public n'est pas un appareil hiérarchique centralisé. Le fait qu'il soit un «quasi-appareil» c'est-à-dire composé de conseils d'administration relativement autonomes, au moins sur le plan légal, prend ici toute son

---

1. Il y en a d'autres, dont le marché (la privatisation non communautaire). Voir à ce sujet : Godbout, l'État localisé, (1987).

importance. Il est peut-être possible de construire à partir de cet acquis.

Toute forme de décentralisation politique n'est donc pas une réponse adéquate, c'est évident. Au sens strict la décentralisation politique suppose que la nature du service ainsi que la façon de le dispenser et les ressources qui y sont consacrées sont décidées par un organisme composé d'élus au suffrage universel, qui contrôle aussi les revenus par la taxation locale. Le réseau public québécois de la santé et de services sociaux est bien loin de cette situation. Mais on a vu qu'il n'est pas non plus, dans ses structures, un appareil hiérarchique centralisé. Une certaine décentralisation existe, dans le cadre de conseils d'administration relativement autonomes, certes fermés sur eux-mêmes, mais où les représentants des clients jouent un rôle modeste, mais significatif.

Les inconvénients d'une décentralisation politique au sens strict sont nombreux, en plus de ceux déjà mentionnés plus haut (uniformité, changements majeurs de structures). On se retrouve apparemment devant un dilemne, comme l'a bien décrit d'ailleurs la commission Parizeau. On a le choix entre confier le secteur des affaires sociales aux municipalités actuelles, ou décentraliser politiquement, de façon parallèle, le secteur des affaires sociales, créer un second secteur décentralisé.

Peut-on déléguer cette responsabilité aux municipalités ? Difficilement. D'abord la majorité des municipalités ne sont pas actuellement intéressées. C'est ce qui ressort du rapport de la Commission Parizeau (1986, p. 180) et plus clairement encore, de celui de l'Union des municipalités régionales de comtés (1986, p. 17). En outre, de deux choses l'une :

- ou l'on confie l'entière responsabilité du secteur, y compris son financement, aux municipalités. Et alors ce sont les droits acquis qui sont remis en question : universalité, inégalité des ressources entre les territoires, sans parler de l'éventualité que des élus locaux d'une région ne considèrent pas nécessaire la fourniture de certains services considérés comme un droit pour tous à l'échelle nationale.

L'autonomie municipale, ou certains acquis importants pour la population, risque donc d'être menacés, et un système de péréquation important s'imposerait.

- ou alors on continue à financer le service de façon centrale. Alors le rôle des municipalités est beaucoup plus menacé. La municipalité devient un mandataire de l'État. Elle exécute des fonctions au nom de l'État, ce qui à terme, peut diminuer son autonomie de façon importante[1].

Reste l'autre possibilité : créer un secteur décentralisé parallèle, c'est-à-dire décentraliser le système d'établissements actuels et accorder aux établissements une autonomie politique, l'élection au suffrage universel, et l'autonomie financière.

On a vu que cela ne peut pas s'appliquer au sens strict à tous les types d'établissements, à cause de la clientèle visée. De toute façon peut-on facilement imaginer un deuxième système décentralisé parallèle au secteur municipal ? S'il est de même nature, pourquoi ne pas l'intégrer ? On pourrait certes répondre par l'argument qu'on avait invoqué jadis pour créer des institutions

---

1. L'expérience du schéma d'aménagement des MRC l'a montré. Voir aussi à ce sujet le rapport Parizeau, 1986, p. 178 et suivantes.

scolaires séparées des municipalités : le secteur des affaires sociales doit être à part parce qu'il est trop différent de celui dont s'occupent habituellement les élus municipaux. Mais pourtant le domaine scolaire a fini par être de plus en plus centralisé. De plus les répondants ne sont pas majoritairement favorables à une telle solution. Certains le sont, mais la majorité souhaite plutôt un accroissement du pouvoir des usagers sans aller jusqu'à la décentralisation politique traditionnelle.

Compte tenu des inconvénients de la décentralisation politique classique, on se retrouve devant le dilemne suivant : le modèle techno-professionnel centralisé qui inspire la pratique socio-sanitaire conduit à une impasse. Mais les modèles traditionnels qui pourraient le remplacer, tels la décentralisation, ou encore le retour à la communauté, sont inacceptables.

Que faire alors devant les multiples problèmes identifiés ? Sommes-nous condamnés au statu quo ? Non si, en dehors des théories et des systèmes, on reconnaît les solutions concrètes trouvées et inventées par ceux qui vivent quotidiennement les problèmes, solutions dont ils nous ont fait part. Donnons-leur la possibilité d'agir, de développer ces multiples formes de décentralisation, de mobilisation des énergies du milieu, de contrôle par les usagers qui se situent quelque par entre la décentralisation classique et le modèle centralisé. Au lieu de multiplier les obstacles, laissons agir ce qui n'a pas encore de nom et de statut théorique; laissons l'initiative à ceux qui ne trouvent pas de «grandes solutions pour des petits problèmes», mais des solutions adaptées, non nécessairement généralisables. Nous ferons la théorie plus tard. Nous sommes historiquement dans un contexte de remodelage des rapports entre l'État et la société. La pratique doit être inventée avant d'en faire des systèmes. Après tout la démocratie elle-même a commencé par exister

pratiquement. C'est bien après qu'on en a fait la théorie, et encore, bien imparfaitement. Comme le disait Schumpeter, si les pays démocratiques s'avisaient un jour de fonctionner de façon entièrement conforme à l'une ou l'autre des théories de la démocratie, aucune démocratie n'existerait !

Importance des associations de défense; évaluation interactive; groupes d'entraide, collaboration réussie entre un CLSC et un organisme d'agriculteurs, Clinique de Pointe-Saint-Charles qui travaille plus avec les établissements que nombre de CLSC malgré son éloignement «formel» du réseau public et son insertion dans le milieu local; qui réussit, imparfaitement, à rendre des comptes au milieu local même si ce n'est pas une véritable institution décentralisée et même si sa marge de manoeuvre est faible. Rien ne correspond aux normes, aux critères de la décentralisation, aux canons. Mais beaucoup de choses réussissent, trouvent de petites solutions à de grands problèmes.

Toutes ces expériences et inventions ont un point commun : le milieu y joue un rôle actif et important. Il contrôle souvent l'expérience, sans pour cela se passer de ressources professionnelles. Ce milieu est souvent représenté par des personnalités fortes, enracinées, toujours fortement inspirées par des valeurs humaines, souvent spirituelles (dans toutes les expériences réussies un individu ou un groupe d'inspiration religieuse a joué un rôle important, quand il n'était pas au centre de l'expérience).

Une décentralisation plus grande, dont on ne peut anticiper le degré ni la forme actuellement, est dans l'air au niveau local. Elle est portée par un dynamisme qui est réel mais variable selon les régions. Pourquoi le législateur ne pourrait-il pas «se contenter» de la rendre possible et de la faciliter à certaines

conditions ? La plus importante est bien sûr que le contrôle par les usagers (pour les organismes communautaires, et les associations non-publiques) ou par les citoyens (pour les institutions publiques) soit réel.

La plus grande responsabilité des établissements par rapport aux citoyens est un moyen certain de rapprocher les deux modèles d'action, celui du monde communautaire et celui du réseau public. La démocratie représentative est plus près de la philosophie des organismes communautaires que l'appareil. Car la nature de la relation entre l'élu et ceux qui l'ont choisi se rapproche de celle qui existe au sein du monde communautaire. Cela est vrai théoriquement. Mais cela a aussi été confirmé dans l'enquête.

Théoriquement l'élu a des comptes à rendre à ses électeurs. «L'élu est comptable de sa décision envers le citoyen» (Union des municipalités régionales..., 1986, p.5). Un ensemble de valeurs énoncé par les organismes communautaires sont aussi celles de l'élu. Proximité, sensibilité aux problèmes, dévouement, valeurs morales plutôt que rationnelles, importance du «contact» par rapport au «dossier», etc. Par ailleurs l'analyse a aussi montré que les organismes communautaires conçoivent le député comme celui qui est le plus efficace dans leurs relations avec l'État. Enfin, quelques représentants d'établissements qui occupaient aussi un poste dans le monde municipal et scolaire ont comparé les trois secteurs en affirmant que le fait d'être contrôlés par les élus était différent, obligeait l'administration à rendre des comptes, à être responsables vis à vis le citoyen plutôt que vis à vis l'appareil.

Pourquoi la décentralisation prendrait-elle la même forme partout ? Qu'une MRC puisse assurer les services de santé dans une région, si elle le souhaite; qu'une municipalité locale, après

entente avec un CLSC ou centre de services sociaux, puisse être responsable des services à domicile et de certains services sociaux sur son territoire, avec financement équivalent. Que des contrats de services, de formes multiples dans la mesure où les partis sont d'accord, soient conclus avec les organismes du milieu. Que la municipalité puisse par référendum modifier la composition des conseils d'administration des établissements dans les services de santé sur leur territoire. Ce ne sont que des illustrations de modalités variées de décentralisation que le législateur peut rendre possible, tout cela à condition qu'un contrôle par les usagers et par la population soit assuré et que l'accessiblité à certains services définis comme un droit par le législateur soit maintenue.

Quels seraient les inconvénients de cette approche ? Le premier qui vient à l'esprit c'est l'incohérence. Mais on peut parier, et c'est là le défi, que la gestion d'un tel système, de par l'importante diminution des contrôles centraux qu'elle suppose - ceux-ci étant remplacés par le contrôle local - entraînera une baisse des coûts administratifs supérieures aux économies d'échelle habituelles.

Une autre objection peut être soulevée : qui s'occupera des sans voix, de ceux qui sont incapables de s'organiser ? D'abord la variété des formules proposées n'empêche pas, justement, l'État d'intervenir directement lorsque nécessaire. Mais il faut souligner aussi, ici, un résultat intéressant de l'enquête : de façon générale, le secteur public semble prendre connaissance de l'existence de ces sans voix et commence à s'occuper d'eux seulement... lorsqu'ils se sont mis à parler, ou que quelqu'un d'autre l'a fait en leur nom. L'enquête montre que les associations communautaires se préoccupent beaucoup de ces catégories de personnes, qui sont souvent leur raison d'être.

Encore ici, le secteur public n'a pas le monopole, bien au contraire. Les nouveaux problèmes de certaines catégories de population, telle que les jeunes itinérants, sont actuellement pris en charge beaucoup plus par les organismes communautaires que par les établissements publics. Et la décentralisation ne pourrait qu'accroître la sensibilité du secteur public aux problèmes de ces catégories de population.

Il s'agit d'introduire un esprit nouveau par rapport à l'époque récente. Mais cela n'a rien d'utopique, puisque c'est tout simplement revenir en partie à l'esprit du système municipal tel qu'il a été implanté et tel qu'il existait avant 1960. En quoi cela consiste-t-il ? Dans le fait qu'une communauté territoriale considérait qu'elle était capable de se gérer, de se donner des services dont elle avait besoin; à cette fin, elle demandait son incorporation à l'État provincial. Celui-ci lui accordait, en autant qu'elle respectait certaines règles (le code municipal ou la loi des centres-villes). Entre autre, le respect de la démocratie représentative. Pourquoi ne pourrait-on pas autoriser un organisme local ou une collectivité dans son ensemble à faire la même chose dans le domaine de la santé et des services sociaux ? Ceci ne suppose aucun modèle uniforme. Répétons-le : dans une région, cela peut être une MRC qui considère qu'elle peut gérer l'ensemble des services de santé et des services sociaux, y compris les services dispensés par les centres de services sociaux; ailleurs cela peut être une municipalité locale, rurale ou urbaine, qui gère elle-même le maintien à domicile ou le donne à contrat à un organisme communautaire; ou cela peut demeurer une institution autonome comme un CLSC, mais qui serait géré par un conseil d'administration élu au suffrage universel selon une formule semblable à celle de la clinique de Pointe Saint-Charles; dans d'autres endroits les citoyens pourraient préférer que ces services soient directement dispensés par l'État. Ce serait tout

simplement des «territoires non organisés» dans le domaine socio-sanitaire, et donc organisés par le ministère lui-même.

Une telle approche serait conforme au rapport Parizeau. Elle ne suppose aucune modification structurelle uniforme et radicale du système actuel, mais correspond à ce que chaque milieu, chaque région, souhaite et se sent capable d'assumer. Idéalement, une certaine proportion des services devrait être financièrement assumée localement, avec un système de péréquation, pour le reste, pour assurer l'universalité de certains services.

Si l'État centralisateur de la Révolution tranquille a été capable de conserver, dans le domaine de la santé, cet oasis décentralisé qu'est la polyclinique au nom de l'autonomie professionnelle, on ne voit pas pourquoi l'État décentralisateur post-moderne ne pourrait pas étendre une formule similaire aux organismes et collectivités qui le souhaitent au nom de l'autonomie locale, si elles respectent certaines conditions, dont les plus importantes seraient la démocratie et la garantie d'accessibilité universelle à certains services pour les institutions publiques.

Si cet esprit de décentralisation était adopté par l'État québécois dans le domaine des affaires sociales, les changements globaux et spectaculaires de structures seraient minimes à court terme. Mais on peut facilement imaginer qu'une commission d'enquête qui, dans 15 ans, se pencherait de nouveau sur l'état des services de santé et des services sociaux au Québec serait étonnée de ce qu'elle y verrait. D'ailleurs, un des changements que les observateurs noteraient sans doute serait la composition même de la commission, qui comprendrait des représentants du milieu et des organismes communautaires...

OUVRAGES CITÉS

Association pour la santé publique du Québec, Services de santé et services sociaux : les usagers parlent solutions, Compte-rendu d'un colloque tenu à Montréal, novembre 1986.

BÉLANGER, Paul R. et al, La bureaucratie contre la participation. Le CLSC de Berthier, Montréal, UQAM, 1986.

BILL W., Le manuel de services A.A. et les douze concepts des services mondiaux, Montréal, Service de la littérature A.A. du Québec, Édition 1981-1982.

CANAC, Yves et Pierre ROSANVALLON, «Que faire de l'État ?», (Un échange), Le débat, no 26, septembre 1983, p. 69 à 93.

CROSBY, N., J.M. KELLY et P. SCHAEFER, «Citizens Panels : a New Approach to Citizens Participation», Public Administration Review, Mars-avril 1986, p. 170 à 178.

DIVAY, Gérard (et J. GODBOUT), La décentralisation en pratique, Montréal, INRS-Urbanisation, 1979.

DURRELL, Lawrence, Le quatuor d'Alexandrie, Paris, Buchet/Chastel, 1963.

EAKIN-, Joan M, «Survival of the Fittest ? The Democratization of Hospital Administration in Québec», International Journal of Health Services, Vol. 14, no.3, 1984, p. 397-413.

FERRIS, James M., «Coprovision : Citizen Time and Money Donations in Public Service Provision», Public Administration Review, Juillet-août 1984, p. 324 à 333.

FEYERABEND, Paul, Science in a Free Society, Londres, Verso Éditions, 1985.

FORTIN, Andrée, Le Rézo, Montréal, Institut québécois de la recherche sur la culture, 1985.

GODBOUT J. et Nicole V. MARTIN, L'implantation des centres locaux de services communautaires et les organismes communautaires autonomes, Montréal, Université du Québec, 1974.

- et Jean-Pierre COLLIN, Les organismes populaires en milieu urbain : contre-pouvoir ou nouvelles pratiques professionnelles ?, Montréal, INRS-Urbanisation, 1977.

-, La Participation contre la démocratie, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1983.

-, La démocratie des usagers, Montréal, Boréal, 1987.

-, L'État localisé, Montréal, INRS-Urbanisation, 1987.

GRAMLICH, Edward M., «Models of Inflation Expectation Formation», Journal of Money, credit and banking, vol. 15, no 2, 1983, p. 156 à 173.

HARVEY, Jean, «L'incorporation des chiropraticiens au Québec : stratégies discursives et luttes professionnelles», Recherches sociographiques, no 2, 1986, p. 219 à 241.

JULIEN, Germain, Le livre blanc sur la restructuration scolaire et l'expérience québécoise de participation à la gestion des établissements publics, Montréal, Centre d'études politiques et administratives du Québec, 1982.

LAJOIE, Andrée et Patrick A. MOLINARI, Directeurs, Pour une approche critique du droit de la santé : droit et matérialisation des politiques sociales. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, à paraître, printemps 1987.

LEFEBVRE-GIROUARD, Astrid, Les comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées, Association des Centres de services sociaux du Québec, Montréal, 1986.

LEFTON, Mark et William R. ROSENGREN, «Organization and Clients : Lateral and Longitudinal Dimensions», American Sociological Review, vol. 31, no 6, décembre 1966, p. 102 à 110.

LEMIEUX, Vincent, «Pouvoir des appareils et pouvoir des réseaux», dans ACSALF : colloque 1979, La transformation du pouvoir au Québec, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 345 à 352.

LEMIEUX, V., P. JOUBERT et R. FORTIN, Réseaux et appareils : une recherche dans l'Islet, département de Sciences politiques, Université Laval, notes et travaux de recherches, no 16, 1981.

LEMIEUX, V., «Réseau et pratiques de communication de masse», dans J. Zylberberg (dir.). Masses et postmodernité, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986, p. 143 à 164.

LE RU, Hervé, De l'Amour au management, Paris, Les éditions Ouvrières, 1986.

PASSAROS, Solange et Guy RAFFI, Les associations, Paris, Éditions La découverte, 1984.

POPPER, Karl, La société ouverte et ses ennemis, tome 1, L'ascendant de Platon, Paris, Seuil, 1979.

POUPART, Robert et al, La création d'une culture organisationnelle : le cas des CLSC, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986.

ROY, Augustin, «Les étudiants sont absoluments égoïstes», entrevue dans Continuum, vol 10, no 20, semaine du 9 février 1987, Spécial 10e anniversaire, p. 13.

Union des municipalités du Québec, Rapport de la Commission d'étude sur les municipalités, Montréal, 1986.

Union des municipalités régionales de comtés et des municipalités locales du Québec, Rapport du comité de travail sur les pouvoirs des municipalités et des MRC, 1986.

WEBER, Max, Le savant et le politique, Paris, Plon, 1959.

WHITAKER, Gordon P., «Co-production : Citizen Participation in Service Delivery», Public Administration Review, juin 1980, p. 240 à 246.

ANNEXE 1

DES EXPÉRIENCES RÉUSSIES DE RELATIONS AVEC LE MILIEU

L'auteur de cette annexe est Jean-Pierre Collin
à l'exception du chapitre 6

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 2

Chapitre 1 : Le New deal 6

Chapitre 2 : La collaboration pragmatique 32

Chapitre 3 : La reconnaissance implicite 48

Chapitre 4 : L'alternatif apprivoisé 61

Chapitre 5 : L'évaluation interactive 74

Chapitre 6 : Une institution publique communautaire 87

Conclusion 109

INTRODUCTION

Ce rapport analyse six (6) expériences de relations entre des établissements du réseau public des affaires sociales et des organismes communautaires ou bénévoles. Chacune dans leur contexte particulier, ces expériences ont été ou sont réussies et pourraient servir de modèles de référence. Ce ne sont pas, notons-le bien, des modèles idéaux mais des expériences heureuses sous certains rapports et plus difficiles à vivre sur d'autres aspects.

Le choix des cas étudiés découle de la première partie de la recherche intitulée «La face cachée du système». À l'occasion des entrevues avec des représentants de la population dans les établissements, des responsables d'associations d'usagers et d'organismes du milieu qui rendent des services, nous leur demandions d'identifier des cas d'expériences réussies de relations et d'indiquer pourquoi ils les jugeaient telles.

La compilation des réponses à la question a permis de dresser une liste de 36 cas de relations réussies, inégalement répartis entre trois catégories. Ces catégories furent élaborées en tenant compte du lien existant entre la personne interviewée et l'une et l'autre des parties (établissement et organisme) impliquées dans l'expérience réussie. Nous avons donc d'emblée trois catégories : (a) la personne interviewée est extérieure à l'établissement et à l'organisme; (b) elle représente l'organisme hors réseau; (c) elle joue un rôle dans la vie de l'établissement.

Des trente-six (36) expériences réussies ainsi identifiées, nous en avons retenu cinq (5) pour étude et analyse plus approfondie en ayant à l'esprit l'ensemble des préoccupations suivantes :

i) Que chacune des trois catégories soit représentée

ii) Que l'on retrouve dans ce sous-échantillon la variété des types d'établissements actuels dans le réseau des affaires sociales.

iii) Que divers types de milieux soient présents avec au moins un cas appartenant aux régions métropolitaines, aux centres urbains moyens et aux régions rurales ou semi-rurales.

iv) Que les expériences retenues permettent de toucher un large éventail de services sociaux et de services de santé. Et qu'en ce sens, on évite de retenir des organismes et établissements oeuvrant dans les mêmes secteurs.

v) Que l'on ait au moins un cas tiré de la communauté de langue anglaise.

Le sous-échantillon est le résultat d'un processus d'élimination progressive de manière à rencontrer le plus possible ces cinq critères. Dans certains cas, alors que le choix le plus pertinent entre deux ou trois expériences n'était pas évident, nous avons, par enquête téléphonique brève, vérifié les informations ou tenté d'obtenir un complément d'informations.

À ces cinq cas d'expériences réussies nous ajoutons celui de la Clinique communautaire de santé de la Pointe-Saint-Charles qui est exceptionnel. En effet cette clinique est à la fois établissement et organisme hors réseau. Ses relations avec le réseau passent donc par des circuits différents de ceux qui sont normalement institués.

Son intérêt est double :

- relations aux usagers :

  cette clinique est issue d'une résistance des citoyens du quartier au moment de l'implantation des CLSC; ils ont obtenu que le conseil d'administration de la clinique demeure composé en majorité de représentants élus par la population. Il s'agit d'un modèle unique qui existe maintenant depuis près de 20 ans. Comment les relations avec les usagers se font-elles ? Comment répondent-elles à la demande des usagers ? Quels sont les avantages et les inconvénients d'une telle structure pour les usagers ? À quelles conditions serait-elle généralisable ?

- relations avec les autres établissements :

  la représentation des usagers a pour conséquence la non-représentation des autres établissements au conseil d'administration de la clinique. Quel impact cela a-t-il sur la coordination, la collaboration avec les établissements ? Quels problèmes cela pose-t-il ? Par quel canal se fait la coordination lorsque nécessaire ?

Chaque cas a été l'objet d'une enquête rapide : entrevues dont le nombre varie beaucoup d'un cas à l'autre, consultation de quelques documents écrits, etc. Ces études ont été menées entre octobre 1986 et février 1987. Les informations ainsi recueillies et les éléments d'analyse cas par cas ont été rassemblées dans des monographies que l'on retrouve ici, du chapitre premier au chapitre six. Ces monographies (ou chapitres) sont de longueur fort variable dépendamment du caractère uni ou multi-dimensionnel de l'expérience considérée, du nombre des protagonistes impliqués, de l'ancienneté ou de la nouveauté des relations, etc. Nous avons souvent coiffé ces monographies d'un titre évocateur qui, pas plus que l'expérience elle-même ne doit être vu comme un absolu. Les titres sont seulement une façon de mettre en évidence une dimension essentielle, centrale de la relation à l'étude.

Le dernier chapitre, dans une tentative de bilan global, dégage les facteurs généraux de la réussite des relations entre établissements du réseau et organismes hors-réseau ainsi que ceux qui limitent la portée de la réussite.

Notons, en terminant que, sauf pour le chapitre 6, les noms d'établissements et d'organismes sont tous fictifs. Nous voulons ainsi protéger la confidentialité des entrevues que nous ont aimablement accordées de nombreuses personnes au cours de cette recherche.

Chapitre 1 : LE NEW DEAL

Un membre du conseil d'administration provisoire et la représentante d'un organisme avaient, indépendamment l'un de l'autre, désigné le cas du CLSC Stanislas comme exemple de relations réussies entre un établissement et une portion significative des organisations volontaires intervenant dans le quartier.

En substance, cette relation réussie tiendrait en la promotion d'une philosophie innovatrice de collaboration, comparativement à ce qui a été vécu dans d'autres CLSC dans la région de Montréal (et ailleurs au Québec). Dans l'idéal, l'objectif est d'établir un modus vivendi fondé sur le respect des sphères d'interventions de chacun, dans la reconnaissance de la nature propre à chacun.

Pour en savoir plus, nous avons mené quelques entrevues (semi-dirigées) auprès de représentants, plus précisément de responsables salariés, des quatre organisations volontaires siégeant à l'exécutif de la «table des intervenants sociaux du quartier Stanislas». La nature et les objectifs de ce regroupement sont précisés plus loin. Nous avons, par ailleurs, rencontré des individus reliés à divers titres au CLSC lui-même : directeur-général, coordonnatrice, organisateur communautaire, travailleuse communautaire et ex-membre du conseil d'administration précédemment impliqué dans un organisme communautaire du quartier.

Stanislas est un quartier de la ville de Montréal dont l'urbanisation date principalement des années 1870 à 1930. Comme tous les quartiers anciens montréalais, Stanislas a connu ces quinze dernières années une forte décroissance démographique accompagnée d'un vieillissement de la population et d'une fuite

des ménages familiaux. Les 58 000 résidants (environ) sont francophones à 90 %. Dans ce quartier, les ménages d'une seule personne forment 40 % du total et les familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses qu'ailleurs. Le quartier est donc plutôt défavorisé bien que certains secteurs soient envahis par des ménages composés de jeunes professionnels.

Le contexte

Au milieu des années 1970, Stanislas avait fait l'objet d'une première tentative d'implantation d'un CLSC. À l'instar d'autres quartiers, des comités d'implantation cherchent, alors, à doter ce territoire d'un CLSC adapté à la réalité du quartier et ouvert à la participation active des organisations populaires, communautaires et bénévoles.

De la part de ceux qui animent ou participent à ces comités d'implantation, il y a la croyance au fait que ce nouveau type d'établissement peut être adapté au quartier; que la participation est possible; et que les organismes du milieu pourront y trouver des ressources, des moyens, une base qui accroîtront sensiblement l'efficacité de leur action[1].

C'est ainsi que dans la plupart des quartiers qui l'entourent, des CLSC ont surgi. Mais dans Stanislas, la démarche n'est pas aussi concluante et le CLSC ne voit pas le jour. Les raisons de cet échec ne sont pas toutes connues. Néanmoins, nous savons qu'un des empêchements majeurs a été l'opposition farouche des organisations populaires et communautaires du quartier.

---

1. Voir G. Divay et J. Godbout, La décentralisation en pratique, INRS-Urbanisation, 1979, chapitre 3.

Avec la Clinique populaire de santé comme chef de file, ces organisations voyaient dans l'implantation d'un CLSC une tentative gouvernementale de récupération par la participation. La protection de l'autonomie des organisations du milieu passait, selon cette analyse, par le refus de l'implantation d'un CLSC.

La présence d'une clinique populaire de santé implantée depuis plusieurs années et bénéficiant d'une certaine assise populaire a probablement donné à cette opposition un poids stratégique suffisant pour retarder de plusieurs années l'implantation du CLSC. Il n'en allait pas de même dans les quartiers environnants.

Retarder et non pas empêcher; car, après 1981 alors que le gouvernement québécois a eu adopté sa politique globale afin de quadriller le Québec de centres locaux de services communautaires[1], une deuxième manche s'est jouée. Cette fois le ministère s'impose comme maître de jeu : il fixe les règles, établit des échéances claires et strictes, joue d'autorité.

Mais aussi, du côté des promoteurs d'un CLSC (le nouveau comité provisoire) comme de celui des organismes communautaires, les objectifs poursuivis, la perception de la nature d'un CLSC, les attentes ont notablement changé. Si bien qu'une autre chimie s'est installée. S'il faut à tout prix s'inscrire dans la décision ministérielle, on pense néanmoins pouvoir pétrir ce CLSC pour lui insuffler une philosophie novatrice de relations avec les intervenants du milieu. C'est la qualité et l'intensité réelle de ce «new deal» qui a été identifiée comme une réussite de relations.

---

1. MAS, Le réseau des CLSC au Québec : un parachèvement qui s'impose, Québec, avril 1981.

On pourra objecter qu'en retenant ce cas, nous avons été téméraires puisque, officiellement, ce CLSC n'est toujours pas pleinement opérationnel mais «en implantation». Par conséquent, nous examinerons, pour une large part, des intentions plutôt que du vécu. L'objection n'est que partiellement valable et surtout ne rend pas caduque l'analyse proposée. D'abord, le CLSC Stanislas est en processus d'implantation depuis 1983. Au cours de ces trois années, il est survenu un nombre suffisant d'événements pour que l'on puisse juger s'il y a une nouvelle conception de la collaboration CLSC-milieu et en quoi elle est innovatrice et réussie. Deuxièmement, malgré son caractère provisoire ce CLSC opère déjà une masse considérable de services à la population.

Un CLSC opérationnel avant l'heure

Le CLSC Stanislas n'est pas à proprement parler un établissement taillé dans le neuf. Ainsi un intervenant définit le CLSC comme l'amalgame des principaux services curatifs qui opéraient déjà sur la base du quartier avec des fonds de l'État. Et cette prise en charge de la gestion d'une grande variété de services s'est faite au moment même de son incorporation (septembre 1984).

En effet, le CLSC détient un mandat impératif, défini par le ministère : poursuivre, en les fusionnant, toutes les activités de la Clinique populaire de santé et de Maintien à domicile Inc. ainsi que certaines activités du département de santé communautaire telles que les soins aux nourrissons et les infirmières visiteuses.

Le conseil d'administration (provisoire) du CLSC n'avait sur ce point aucune marge de manoeuvre véritable. Il lui fallait

intégrer mandats, budgets et employés. À l'inverse, les organisations visées n'ont pas eu le loisir d'accepter ou de refuser l'intégration au CLSC mais seulement celui de négocier la meilleure intégration possible (de leur point de vue). Voilà pourquoi la première année d'opération effective sinon officielle du CLSC (automne 1985-automne 1986) est définie comme une année de co-voiturage de trois ou quatre organismes qui ont fini par s'amalgamer dans le CLSC Stanislas.

Bref, dans sa phase de démarrage, ce CLSC, comme plusieurs autres incorporés ces dernières années, n'est que la réorganisation de budgets et de mandats existants. Dans le cas de Stanislas, eu égard à l'importance des ressources à intégrer, cela donne, nous dit-on, une enveloppe budgétaire plus grande que dans d'autres quartiers. La programmation - qu'il reste à élaborer et à adopter - viendra ajouter des dimensions supplémentaires à ce profil de base.

Le déplacement de services et de personnel du département de santé communautaire vers le centre local de services communautaires s'inscrit dans les politiques connues du ministère. Pour Maintien à domicile Inc. et la Clinique populaire de santé, il faut préciser la problématique du passage d'organisme communautaire (OSBL) à portion indivise d'établissement.

Maintien à domicile Inc. est né vers 1974-1975, dans le sillage du programme Canada-au-travail, pour soutenir les personnes en perte d'autonomie, surtout les personnes âgées. En 1977, il est clair qu'il n'y aura pas de CLSC dans le quartier Stanislas dans un avenir prévisible. Le ministère, via le Conseil régional de la santé et des services sociaux, confie à Maintien à domicile Inc. le mandat public d'opérer les services de maintien à domicile dans le quartier et, logiquement, lui accorde l'enveloppe budgétaire

protégée et récurrente qui va de pair. De ce jour, l'organisme, qui est dirigé par les employés, s'est perçu et a fonctionné comme un pré-CLSC malgré sa charte d'organisme sans but lucratif.

Du côté de la Clinique populaire de santé, la trajectoire est moins linéaire. À la fin de 1983, ce sont vraisemblablement les employés de concert avec les membres du comité de direction de la Clinique qui ont pris l'initiative de la transformation en CLSC. La faiblesse du financement, la baisse perceptible de la qualité des services qui en résulte, la difficulté de recruter des médecins, la moins grande capacité de mobiliser les résidants du quartier, l'essoufflement des permanents «épuisés du contexte communautaire» sont autant de raisons qui motivent l'assemblée générale de la Clinique (la dernière «grosse») à voter l'intégration au réseau public des affaires sociales.

Au départ, la direction de la Clinique cherche à obtenir un statut semblable, à défaut d'être identique, à celui de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Le refus du ministre est catégorique. En contreproposition, Pierre-Marc Johnson vient personnellement proposer l'intégration en bloc de la Clinique populaire de santé. Le processus d'intégration respectera l'intégrité de la Clinique : une expérience originale dont il faut protéger tous les acquis. Pour le ministre, il n'y a qu'une façon d'adhérer aux ligues majeures : devenir un CLSC. Il fait savoir qu'il n'y a qu'une façon de continuer d'être subventionné : adhérer aux ligues majeures. Une négociation s'engage. Elle aboutit, après deux ans environ, à l'intégration au CLSC de ce qui avait été, depuis la fin des années soixante, un porte-étendard de l'autonomie communautaire dans ce quartier.

Deux problèmes de l'intégration des deux organismes au CLSC méritent d'être soulignés. Le premier. Chacun avait négocié

indépendamment de l'autre, si bien que le problème de l'agencement des équipes les unes aux autres est resté entier. Les solutions ont été classiques : abolition de postes, redéfinition d'autres postes et mise en marche des chaînes de «bumping». La syndicalisation des employés de l'une et l'autre organisation communautaire, juste avant leur dissolution, est venue freiner l'ampleur éventuelle de ces remaniements. D'ailleurs, la syndicalisation était, dans le cadre du code du travail, le seul moyen d'assurer que non seulement les chartes corporatives mais aussi tous les employés seraient transférés au CLSC.

Le second. Des difficultés de parcours ont fait que deux volets de la Clinique populaire de santé ne se retrouvent plus au CLSC : la psychologie et la dentisterie. Ce n'est pas le lieu ici d'analyser les causes et les conséquences de ces décisions ou de distribuer les torts. Contentons-nous de souligner qu'avec le départ de la plupart des médecins rattachés à la Clinique, le résultat le plus tangible de l'intégration aura été de sauvegarder les emplois du personnel non professionnel sans vraiment reprendre ce que l'on désignait comme les acquis ou l'expérience originale de la Clinique.

Des compétences locales à respecter

Le texte suivant, tiré de l'orientation de travail 1986-1987 adoptée par le conseil d'administration, traduit la philosophie que cherche à promouvoir la direction du CLSC dans ses relations avec les organismes du quartier.

UN QUARTIER
DES TRADITIONS D'ORGANISMES ET
DE GROUPES
DES COMPÉTENCES LOCALES À RESPECTER

> Dans le quartier. Le CLSC est une ressource parmi d'autres ressources. Il est indispensable de saisir la complémentarité de toutes ces ressources et de développer une collaboration de travail. Une réponse attentive aux demandes des personnes suppose la reconnaissance et le respect des habiletés des groupes et organismes du quartier.

Dans la définition de ses responsabilités (de son mandat) en matière d'action communautaire, ce CLSC, comme tous les autres, prétend vouloir favoriser la prise en charge de ses besoins et de ses problèmes par le milieu. Le CLSC aidera, au plan technique en particulier, les ressources du milieu à s'organiser, à gagner leur autonomie. Lorsque cette prise en charge locale sera chose faite, le CLSC saura s'effacer.

Mais la déclaration de principe rapportée en citation va plus loin. Au CLSC Stanislas, on veut reconnaître aux organismes du milieu un mandat propre, exclusif dans lequel le Centre local de services communautaires n'a pas à s'immiscer. Conséquemment, on introduit l'idée qu'il faut développer une complicité entre le CLSC et les organismes du milieu; se comporter d'abord comme des partenaires - complémentaires l'un à l'autre.

Bien sûr, l'application de cette philosophie ne se fait pas dans l'abstrait. Il y a quelques conditions de réalisation. D'abord, pour le CLSC, sa direction comme tous ses permanents, il y a l'obligation de s'astreindre à une discipline faite de respect des organismes. Mais, en contrepartie, ceux-ci ne devront pas penser qu'un CLSC c'est une «maison de quartier»[1]. Plus encore, ils

---

1. Cette idée est vraisemblablement reprise dans d'autres CLSC récents de la région montréalaise. Voir le reportage sur une assemblée générale de CLSC dans le Guide du Nord, Mardi 2 décembre 1986, p. 3.

devront reconnaître que le CLSC a un mandat propre d'intervention qui lui est confié par le ministère. Le CLSC, prétend-on, doit exercer un leadership au niveau technique tout en s'abstenant d'intervenir dans le contenu lorsque la dynamique communautaire est capable d'être définie par le milieu. Bref, l'idée n'est pas de laisser tout le communautaire au milieu, mais d'être complémentaire.

Mais par ailleurs il ne s'agit pas d'un mandat tous azimuts. Le milieu devra être conscient que pour la réalisation de ce mandat, l'État accorde une quantité limitée de ressources et, surtout, balise fortement l'utilisation de ces ressources.

Partenariat, complicité, complémentarité, respect mutuel sont les mots d'ordre d'une façon neuve de réaliser l'objectif de la prise en charge. Cette ouverture aux «compétences locales» est clairement soutenue par les cadres du CLSC, le directeur-général en tête. Elle est aussi, pour une large part, le résultat du fait que plusieurs membres du comité provisoire provenaient des organismes du milieu. Sans être explicitement mandatés par ces organismes, ces administrateurs, au fait de leur existence et surtout de leurs champs d'intervention, en ont constamment tenu compte.

Pour concrétiser l'orientation du CLSC, des gestes ont été posés. Ainsi, une tournée de consultation d'une soixantaine d'organismes du quartier a été réalisée. Cette consultation doit orienter la programmation du centre. Effectivement, d'après quelques-unes des personnes rencontrées, on s'en inspire de manière à éviter que le CLSC ne fasse double emploi avec les ressources du milieu. Un temps, l'idée de tenir des États généraux du quartier a été avancée au conseil d'administration.

La production d'un portrait statistique du quartier a aussi été perçue comme un geste heureux de la part de la direction du CLSC. Des organismes ont été associés à la formulation du canevas de recherche, donc du contenu du document, et tous les organismes ont été conviés à s'approprier les résultats du travail, commandité par le CLSC, lors d'une grande assemblée publique.

Le conseil d'administration a tenu plus d'assemblées d'informations que ne le réclame la loi et sa charte. Une décision de ce même conseil d'administration est toutefois curieuse. En effet, toutes ses délibérations se font à huis clos. Il semble que, majoritairement, les administrateurs aient voulu par cela éviter que le CLSC ne soit noyauté par un (ou quelques) groupe(s). Pour interpréter correctement cette position du conseil d'administration, il faudrait enquêter plus avant. Contentons-nous de noter qu'il y a ici une contradiction apparente sans jeter la pierre trop rapidement. Car, il nous faut aussi constater qu'aucun des quatre représentants d'organismes du milieu que nous avons interrogé n'a dénoncé ce fait.

Participer en connaissance de cause

> Le communautaire, c'est nous. Le CLSC Stanislas, c'est une clinique; c'est une boîte qui donne des services...

Cet extrait d'entrevue rend compte de l'option de fond d'un nombre important d'organismes locaux actifs dans le quartier. Ces organismes se sont donnés, depuis trois ans environ, un mécanisme de concertation : la table des intervenants sociaux du quartier Stanislas. C'est à des représentants des organismes siégeant à l'exécutif de cette table que nous nous sommes adressés pour mener notre enquête. Notons qu'en se désignant comme des «intervenants

sociaux», ces organismes empruntent une terminologie courante dans le réseau public.

Par rapport au discours du CLSC Stanislas, il y a dans la prise de position rapportée ci-haut à la fois une rencontre de points de vue - ce dont nous traiterons, dans cette section et la suivante - et une prétention à un certain monopole - dont il sera question par la suite.

Le CLSC n'est pas une maison de quartier : voilà le point fondamental de convergence. «Le CLSC est, par essence, un établissement qui définit le quartier en fonction de ses services et non l'inverse. Le voir autrement, c'est s'illusionner». À cela, on ajoute que le type de confusions qui a eu cours lors de l'implantation des premiers CLSC en milieu populaire est chose du passée.

Dans plusieurs cas, ces responsables d'organismes locaux ont vécu, il y a plus ou moins longtemps, une mauvaise expérience lors de l'implantation d'un CLSC dans un autre quartier montréalais, ou lors de la première tentative dans le quartier Stanislas. Ce goût amer tient à ce que, dans tous ces cas, le CLSC a été, sans détours, une entreprise pure et simple de récupération des organismes locaux pour ensuite oublier les spécificités locales et les vrais besoins des résidants du quartier.

Nos interlocuteurs s'entendent donc pour reconnaître qu'un CLSC c'est, à part entière, un établissement du secteur public. Il demeure que cette ressource est nécessaire au bien-être des résidants du quartier. À ce titre, il s'impose de collaborer avec le CLSC, d'accepter certaines formes de complicité. Être partenaire du CLSC, répondre à l'invitation qui est faite par le CLSC : c'est certain. Néanmoins, on veut être prudent avant de

s'engager trop formellement. Car, au delà des heureuses déclarations de principes et de l'honnêteté des artisans du CLSC, il y a les directives du ministre, les contraintes budgétaires, les autres composantes du réseau public...

D'ailleurs l'intégration de la Clinique populaire de santé en a refroidi certains. Il avait été clairement annoncé que l'on protégerait l'intégrité de la clinique dans le processus de fusion au CLSC. Pour diverses raisons, il n'en fut pas ainsi. Tous savent que le CLSC et le ministère ne sont pas les seuls responsables. Il n'en demeure pas moins que, à tort ou à raison, cela a hypothéqué la crédibilité du CLSC.

Bref, les organismes locaux affirment avoir conscience que le CLSC est un établissement public et que s'il a, un jour, à faire des choix, cette caractéristique guidera ses décisions. Cela étant clairement posé, il est possible de développer une saine collaboration. Enfin, s'il n'y a pas encore de mécanismes formels pour assurer cette collaboration dans le respect de chacun, il y a des individus qui «portent» cette heureuse complicité.

Du personnel au dessus de tout soupçon

> Le CLSC Stanislas a un discours intéressant. Il a du personnel intéressant. Je pense que son discours passe par son personnel.

Les représentants d'organismes du milieu tiennent tous un discours analogue quand il n'est pas identique à celui-ci. Ils sont portés à faire confiance au CLSC Stanislas. D'abord, affirme-t-on, les «intervenants» du CLSC sont, jusqu'à maintenant, très efficaces : ils travaillent bien et font preuve de compétence. Malgré la pesanteur du réseau public, on admet volontiers que le CLSC a

réalisé correctement ce qu'il a entrepris (en particulier les opérations de consultation du milieu). Mais, surtout, on trouve dans cet établissement certains employés qui ont l'expérience du «communautaire», qui proviennent du quartier (ils y résident ou ils y militent) et qui savent tenir compte de l'histoire et de la «dynamique» de ce quartier.

Ce jugement favorable s'adresse de manière diffuse à plusieurs ex-employés de Maintien à domicile Inc. et de la Clinique. Il concerne aussi le directeur général et les coordonnatrices du CLSC. Mais il est surtout destiné à un organisateur communautaire qui fut longtemps impliqué à la Clinique populaire de santé. Cet organisateur communautaire a été le délégué de la Clinique à la Table des intervenants sociaux. Il continue de remplir ce rôle pour son nouvel employeur : le CLSC.

Tous les représentants d'organismes accordent un rôle de premier plan à cet employé. Il est, pour eux, la charnière de leurs bonnes relations avec le CLSC. Pour l'individu, cette position stratégique n'est pas de tout repos car les jeux ne sont pas faits. Pour les représentants de groupes, cela reflète la précarité de leur complicité avec le CLSC, car, comme le souligne l'un deux, ce professionnel n'est pas son propre patron. Il dépend d'un directeur général qui, lui-même, n'a pour marge de manoeuvre que celle que lui concède le ministère ou le CRSSS.

Le discours en est donc un d'ouverture de part et d'autre. Mais on garde ses distances. On attend de mieux connaître les intentions de son vis-à-vis avant de trop s'engager. Jusqu'où le CLSC va-t-il prendre une part active dans le développement communautaire sans s'immiscer dans les affaires internes des groupes ou sans réclamer un certain leadership ?

À la question de savoir si cette relation - qui est toujours faite plus d'intentions que de concret - est réussie ou non, la réponse n'est pas simple. Il y a un équilibre instable, fragile. Surtout que plusieurs éléments rattachés soit aux intervenants sociaux, soit à la direction du CLSC permettent d'entretenir un certain scepticisme.

Nous sommes le communautaire

Pour les représentants des organismes locaux, complémentarité ne veut pas dire que le CLSC est ou doit être un partenaire dans le champ spécifique du développement communautaire. Avec ses ressources institutionnelles, le CLSC peut jouer un rôle important en se mettant au service de la communauté et de ses organisations. Cela n'en fait pas pour autant un partenaire communautaire[1].

La responsabilité de fabriquer le «tissu communautaire du quartier» est, nous dit-on, du ressort exclusif des organismes du milieu. Le CLSC, dans le quartier Stanislas ou ailleurs, ne crée pas ce tissu communautaire. Il doit pourtant le respecter tel qu'il se présente à lui. Il est possible et souhaitable que le CLSC se charge de certaines tâches techniques dans le domaine de l'action communautaire ou qu'il supplée occasionnellement à des lacunes criantes. En situation normale, il ne doit pas s'ingérer dans la définition du contenu de l'action communautaire. Ce mandat est exclusif aux «intervenants sociaux» du quartier.

Le partenariat souhaitable avec le CLSC doit se déployer à un autre niveau avec le partage clair des domaines d'intervention.

---

1. Je tire cette expression de l'article de Louis Favreau, «La sous-traitance à bon marché», Mouvements, vol. 3, no 3, janvier-février 1986, p. 33.

D'un côté, le CLSC possède les compétences et les qualités nécessaires pour couvrir le champ des services curatifs et des services préventifs quasi-curatifs (v.g. maintien à domicile, activités pré et post-natales, prévention dentaire). De l'autre, le préventif noble, celui qui prend le nom de communautaire et qui s'articule à la notion de prise en charge, relève de la compétence des organismes volontaires du milieu. Bref, ces organismes volontaires se perçoivent comme une partie de CLSC, en dehors du CLSC.

La première condition de réalisation de cette collaboration c'est évidemment que le CLSC ne tente pas de faire des organismes du milieu des sous-traitants à bon marché pour ses activités[1]. Être complice du CLSC, nous dit un responsable, avoir des connivences : c'est d'accord ! Si cela suppose que l'on se réfère mutuellement les cas de citoyens dans le besoin : c'est encore d'accord ! Mais, être au service du CLSC, être le déversoir du CLSC : jamais !

Bien sûr, pour viabiliser ce partenariat, il faudra, du côté des organismes du milieu, afficher une cohérence minimale. Il s'impose que l'économie générale de leur intervention communautaire soit évidente et réfléchie. C'est, entre autres objectifs, pour atteindre cette crédibilité aux yeux de tous les décideurs (CLSC, autres établissements, Centraide, communautés religieuses...) qu'une quinzaine d'organisations se concertent à la «table des intervenants sociaux du quartier Stanislas»[2]. Après

---

1. Cette notion de «sous-traitance» à bon marché» a été abordée lors du colloque provincial sur le développement communautaire, tenu à Victoriaville du 16 au 18 octobre 1986. Voir, Corporation de développement communautaire des Bois-Francs, Document de réflexion, octobre 1986.
2. Il existe aussi un second regroupement d'organismes communautaires qui oeuvre aux niveaux de la planification urbaine et du développement économique communautaire.

s'être concertés, les groupes comptent s'ajuster à un plan global de développement communautaire et espèrent, en conséquence, amener les bailleurs de fonds à considérer le financement des groupes en se préoccupant du quartier plutôt que de problématiques spécifiques (v.g. garderie, logement, jeunes, personnes âgées).

Un des responsables interviewés va plus loin. Il conçoit la table des intervenants sociaux comme l'embryon d'un conseil de quartier, d'un hôtel de ville de quartier qui s'inspirerait du modèle que l'on retrouve dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce depuis plusieurs décennies. Si les autres responsables ne partagent pas explicitement cette conception politique de la table des intervenants sociaux, ils espèrent tout de même en faire l'intermédiaire nécessaire à l'établissement de rapports égalitaires de collaboration avec le CLSC du quartier.

La prétention au monopole sur l'action communautaire de la part des «intervenants sociaux» peut être jugée prématurée et téméraire pour trois raisons.

Premièrement, les organisations qui participent à la table de concertation n'en sont encore qu'aux préliminaires dans leurs discussions internes. Elles imaginent des scénarios au dénouement heureux mais aucune de ces organisations n'a eu encore à se réajuster concrètement dans son fonctionnement et dans ses objectifs pour se conformer à un plan collectif de développement communautaire. Cela peut s'avérer fort difficile voire peu probable. En effet, dans le quartier Stanislas, il n'y a pas de tradition d'action communautaire comparable à celle de Pointe-Saint-Charles ou Notre-Dame-de-Grâce. Un interlocuteur fait remarquer qu'il n'y a jamais eu d'action significative à l'échelle de ce quartier. Un autre rappelle que le réseau catholique et le réseau laïc, de même importance par le nombre et

par la portée de l'action, ont opéré jusqu'à tout récemment en indépendance totale l'un de l'autre. Un dernier fait valoir que le quartier est partagé en deux zones et que l'aire d'intervention des groupes se limiterait le plus souvent à une seule de ces zones.

En second lieu, donc, le degré réel de représentativité de la «Table des intervenants sociaux» peut être questionné. De fait, tous les groupes qui siègent à l'exécutif ont leurs activités surtout dans la portion ouest du quartier en débordant volontiers vers le quartier voisin, plus à l'ouest, mais apparemment peu vers la moitié est du quartier Stanislas.

La troisième raison est la plus importante. Pour bâtir leur rapport de force vis-à-vis le CLSC, la stratégie des groupes consiste à développer leur respectabilité aux yeux des employés et surtout des cadres du CLSC. Il y a une dizaine d'années le concept de groupe populaire a souvent cédé la place à celui d'organisme communautaire. Ce dernier s'estompe à son tour devant la notion «d'intervenant social» qui est, à toutes fins pratiques, une manière d'appuyer sur le professionnalisme dont sait faire preuve l'organisme volontaire, une façon de définir le communautaire par référence au réseau public.

L'utilisation de la notion d'intervenant social reflète la structure décisionnelle des organismes considérés ici. En majorité, ils n'adoptent pas des mécanismes démocratiques inspirés des principes du coopératisme mais se présentent comme des collectifs de militants. Les décisions importantes appartiennent aux permanents (quel que soit leur salaire ou leurs conditions de travail). Quelques usagers (bénéficiaires ou citoyens) peuvent siéger au conseil d'administration ou au comité de direction.

Mais ces instances sont formés majoritairement de représentants des bailleurs de fonds, de «contacts» et de permanents[1].

Il n'est donc pas étonnant de constater que le seul groupe où on s'intéresse à ce qui se passe dans les conseils d'administration de CLSC soit celui dont le conseil d'administration est composé majoritairement de membres-usagers. Pour les autres, prenant appui sur leur propre réalité, ils voient mieux la pertinence de s'adresser au directeur-général et aux professionnels qu'aux membres du conseil d'administration pour imposer leur point de vue.

Un ex-membre du conseil d'administration du CLSC déplore le fait que, depuis la nomination du directeur général et des autres cadres, le conseil d'administration a été dépossédé de la démarche de consultation au profit de ces derniers. Bien sûr, la structuration du CLSC favorise ce déplacement du centre du pouvoir : puisque l'élection des représentants des usagers ne sera que la dernière étape d'un processus d'implantation qui s'éternise sur quatre ans. Mais le fait que les organismes du milieu préfèrent une démarche gestionnaire à une démarche politique contribue aussi à ce déplacement du pouvoir.

Ce qu'il faut maintenant considérer c'est que cet ascendant pris par les permanents du CLSC dans la définition de la nature de la relation à établir avec le milieu risque, à son tour, de nous éloigner du modèle du partenariat.

---

1. Sous cet aspect ils sont peu représentatifs des organismes rencontrés dans l'enquête et ressemblent plus à certains «groupes populaires» qui existaient il y a une dizaine d'années (Godbout et Collin, 1977).

La priorité : consolider le CLSC

Les salariés du CLSC font preuve de prudence. Notre ouverture au milieu, disent-ils, c'est une déclaration de principe; un discours un peu brut peut-être mais certainement pas gratuit. Nous avons le ferme propos de le réaliser. Cependant, comment garantir formellement qu'il en sera ainsi ? Qui peut être garant de l'avenir ? Le CLSC est jeune et plusieurs circonstances pourraient le faire dévier de sa trajectoire initiale. Ce CLSC, bien qu'en implantation, opère déjà des services lourds qui s'accompagnent d'une présence régulière du ministère. Il faut, ajoute-t-on, être conscient que, si le CLSC est ouvert aux priorités définies par la communauté et ses organisations, il est bien plus soumis aux priorités imposées par le ministère. Ces deux ordres de priorités pourraient coïncider. Mais c'est une probabilité, pas une certitude.

Cette prudence devant tout engagement explicite est justifiée aussi d'une autre manière : on se veut ouvert au milieu mais on ne veut pas être à sa merci. Dans ce sens, cadres et employés font valoir que la collaboration égalitaire n'est possible que si le CLSC est clair dans ses objectifs et solide comme établissement. Il y a donc, pour eux, un préalable : que le CLSC ait établi ce qu'il croit être les besoins prioritaires du quartier et ait précisé ce qu'il pense être capable d'apporter comme éléments de solution. C'est la programmation qui permettra d'arriver à ce résultat. Partant de là, il sera possible d'identifier les champs possibles de la collaboration. En d'autres termes, on conteste l'idée que les organismes volontaires sont les seuls habilités à occuper le domaine de l'action communautaire. Le CLSC, «ça fait partie du tissu communautaire».

Il semble donc que, pour les salariés, la tâche prioritaire soit de consolider le CLSC Stanislas face au ministère et face aux intervenants du milieu. Cela ne signifie pas que les relations avec le milieu soient ratées ou qu'elles ne soient pas à l'enseigne de la collaboration. L'organisateur communautaire continue d'être membre à part entière de la table des intervenants sociaux et aucun grief précis n'a été adressé au CLSC. Cependant, on remet à plus tard le questionnement sur les moyens par lesquels la «direction» du CLSC concrétisera sa philosophie, sa déclaration de principe. Pour l'instant, on se situe dans l'univers du «gentlemen agreement».

Par ailleurs, il n'est pas évident que, pour ce CLSC, l'établissement de ces relations égalitaires avec les intervenants du milieu soit au premier rang des priorités. Le CLSC Stanislas a plusieurs autres mandats à mener à terme. Il y a bien un organisateur communautaire dont une partie de la tâche est consacrée à ce dossier. On a toutefois aucune indication que le respect des compétences locales sera la priorité de ce CLSC, sa marque de commerce.

Sommes-nous devant une expérience réussie de relations entre un établissement et des organisations hors réseau ? Pour l'instant (automne 1986), oui. Pour après, peut-être. Car l'équilibre est fragile. Il faudra dépasser le niveau des intentions. Or, dans les pages précédentes, nous avons formulé plusieurs réserves quand aux possibilités de les matérialiser. L'examen des attitudes face à un mécanisme possible - le contrat de services - est révélateur.

Un mécanisme à explorer : le contrat de services

Le modèle de relations CLSC/Milieu qui pourrait se mettre en place dans le quartier Stanislas peut-il avoir une dimension

financière ? À ce sujet, la portée de deux exemples a été diversement évaluée lors des entrevues.

Le premier exemple est le suivant. Dans le cadre d'une décision omnibus visant à utiliser les surplus budgétaires accumulés, le conseil d'administration du CLSC Stanislas a versé une subvention non renouvelable à un groupe (une société acheteuse) oeuvrant dans le domaine du logement. Cette décision (qui fut précipitée aux yeux de plusieurs) alimente des attentes, suscite des critiques et provoque de l'inconfort.

Ainsi deux des représentants d'organismes communautaires ont vu dans ce geste le prélude de ce que sera peut-être le rapport de collaboration souhaitée avec le CLSC. La «cause» a été identifiée par le milieu - ou plus exactement par un organisme communautaire. Cet organisme y met des énergies importantes. Le CLSC vient appuyer cet effort non pas en y impliquant ses propres ressources humaines - ce qui pourrait être piégé - mais en libérant une aide financière que l'organisme pourra adapter totalement et en toute autonomie à sa stratégie d'action.

Mais pour d'autres, cette décision est tout le contraire d'une philosophie de collaboration respectueuse du milieu. Nous sommes, disent-ils, devant une décision unilatérale par laquelle le CLSC décide, sans consultation, dans quel domaine il est prioritaire d'intervenir. Il y a une ingérence implicite du CLSC dans la définition du contenu du «plan de développement communautaire» pour le quartier. Dans ce genre de décision, les organismes communautaires sont considérés un à un, non comme un partenaire collectif. On ajoute, pour ce cas précis, que la consultation aurait pu déboucher sur l'identification d'un autre secteur d'intervention ou sur la décision d'appuyer un organisme existant plutôt qu'un organisme en formation.

Les cadres et les professionnels du CLSC sont d'ailleurs sensibles à ces critiques et effrayés par les attentes éventuelles. Ils cherchent d'ailleurs à noyer le poisson. Ainsi, ils font valoir que le CLSC n'aurait pas véritablement subventionné le groupe sus-mentionné mais qu'il a seulement «payé une ressource pour les aider à se partir. Ça a un début et une fin. Ce n'est pas une subvention comme telle, c'est plutôt un service.»

De fait les salariés du CLSC (et probablement aussi les membres du conseil d'administration) sont très agacés d'avoir soutenu (et pris) cette décision. Il est évident pour eux que, dans l'avenir, devant des situations analogues, le CLSC Stanislas adoptera de toutes autres procédures ou stratégies. Ces autres façons de faire, nous dit-on, partiront du principe que, pour le CLSC, il est plus important d'investir ses ressources que d'investir son argent.

Cette position n'est pas a priori incompatible avec la suggestion faite par Ainés Inc., un organisme communautaire polyvalent pour les personnes âgées, de reprendre dans le quartier Stanislas ce qui existe déjà depuis 1981 au CLSC voisin : un contrat de services. Dans ce deuxième exemple, l'arrangement proposé a une portée plus générale car il implique une formalisation des relations de collaboration pour au moins quelques années.

Rejeton du Programme des initiatives locales de 1971, Ainés Inc. a développé un ensemble de services pour les personnes âgées : repas chauds; écoute-accueil-référence; loisirs; plein-air; entraide. Dans l'organisation de ces activités, l'organisme communautaire vise la prise en charge de leurs problèmes et de leurs besoins par les personnes âgées. C'est pourquoi, depuis 1974, à l'exception du directeur-général, le conseil d'administration est composé en totalité de personnes âgées membres de Ainés Inc. ou bénévoles à Ainés Inc., élues en assemblée générale.

C'est aussi pour assurer avec force cet objectif de prise en charge que Ainés Inc. - qui, en 1976, s'intégrait au CLSC naissant dans le quartier de l'Exposition, son principal territoire d'intervention - a repris son autonomie corporative en 1980. C'est à ce moment que l'organisme communautaire et le CLSC ont convenu d'un mécanisme original pour encadrer leurs relations. Par contrat écrit, le CLSC s'engage à acheter annuellement, pour les personnes âgées de son territoire, un certain volume de services produits par Ainés Inc. : des repas, des semaines de vacances plein-air, des activités culturelles, des heures d'utilisation d'un mini-bus, etc. Ainés Inc. se charge de produire à sa manière, selon les décisions de son conseil d'administration, les services et les activités couvertes par le contrat. En 1986, ce contrat de services est d'une valeur de 65 000 $ par an, indexé à 1,3 %. On tente de faire en sorte qu'il soit le plus détaillé possible quant à la nature des services ou des activités achetées par le CLSC, tout en gardant une certaine souplesse.

Le directeur-général de Ainés Inc. propose cette expérience de contrat de services comme un modèle à répéter ailleurs et, en premier lieu, au CLSC Stanislas; d'autant plus que depuis six ans, le modèle a fait ses preuves. «Ce n'est pas toujours facile, précise-t-il, mais au moins les jeux sont clairs. L'autonomie de chacun est respectée, les responsabilités de chacun sont identifiées par un contrat. C'est officiel; donc le CLSC ne peut se retirer quand il le veut»[1].

---

1. Ce mode de fonctionnement, qui s'apparente à de la sous-traitance, est à rapprocher de celui qui s'est développé entre la Commission des écoles catholiques de Montréal et les centres d'éducation populaire. Voir Divay et Godbout, La décentralisation en pratique, chapitre 5.

Dans quelles circonstances le CLSC du quartier de l'Exposition et Ainés Inc. ont-ils donné à leurs relations de collaboration cette dimension «relation d'affaires» ? Plusieurs facteurs concourent à l'explication. En premier lieu, soulignons que Ainés Inc. a régulièrement exercé une pression politique sur le CLSC. Ainsi, après avoir repris son autonomie du CLSC, le groupe s'est assuré que les représentants des usagers au conseil d'administration du CLSC lui soient favorables. Pour cela, les membres de Ainés Inc. ont été appelés à participer activement à l'élection de ces représentants. En second lieu, il faut noter que les recettes générées par le contrat de service jouent un rôle important, bien sûr, mais ne déterminent pas la survie de l'organisme. Ainés Inc. a plusieurs sources de financement. Le contrat de service compte pour 30 % et l'autofinancement atteint 20 % du budget. À cela, il faut ajouter la mobilisation d'une quantité impressionnante de bénévolat. Ainsi, on nous affirme qu'il y aurait dans cet organisme communautaire plus d'heures de bénévolat que d'heures salariées.

Des éléments plus conjonctuels sont aussi de la partie. Par exemple, lors de la fondation du CLSC du quartier de l'Exposition, le directeur-général de Ainés Inc. est devenu coordonnateur du programme 3ième âge. À cette époque (milieu des années 1970), les CLSC bénéficiaient de marges de manoeuvre plus considérables pour entreprendre des expérimentations. Le directeur-général de Ainés Inc. reconnaît d'ailleurs que les temps ont changé et que ça ne sera pas facile pour un CLSC de s'engager dans cette voie avec la panoplie de contraintes exercées par le ministère. D'autant plus que, dans le seul cas où ça se passe, les choses ne sont pas simples

> L'orientation que l'on dit être celle du CLSC Stanislas a toujours été présente au quartier de l'Exposition. Il y a toujours eu la volonté de se lier au milieu. Mais cela n'a jamais été facile à réaliser parce que Dieu le Père à Québec ou au CRSSS dit : «pour cette année, voici vos priorités».

En outre, ces arrangements très spéciaux doivent survenir rapidement car, plus tard, comment s'y prendra-t-on pour couper des postes au CLSC afin de donner des tâches à contrat au communautaire ? C'est sûr que la convention collective et le syndicat seront alors des empêchements.

Nous avons demandé au directeur-général du CLSC Stanislas d'évaluer la pertinence pour son établissement de conclure ce genre de contrat de services. Sa réponse : c'est envisageable, mais à deux conditions. Or, ces deux conditions font qu'il est fort peu probable qu'il y ait jamais ce type de collaboration dans le quartier Stanislas.

Première condition : l'organisme communautaire avec lequel le CLSC contractera une entente de sous-traitance aura dû au préalable concerter tous les organismes du secteur d'intervention concerné au point qu'il n'y ait plus quatre, cinq ou... dix intervenants dans le quartier mais un seul. Seconde condition : l'organisme communautaire devra prouver qu'il a des perspectives. Non seulement ses services et activités devront-ils être adaptés aux besoins du quartier, mais encore devront-ils innover dans l'approche et dans leurs caractéristiques internes. En d'autres termes, le CLSC devra avoir un droit de regard sur la manière de dispenser le service. Or, c'est précisément en réaction à l'exercice de ce droit de regard du CLSC que Ainés Inc. a repris son autonomie corporative et négocié un contrat de services en 1981.

Pour terminer, la direction du CLSC fait valoir qu'il ne faut pas idéaliser la portée générale de ce mécanisme de gestion des relations entre un CLSC et son milieu. Ainsi, on nous rappelle, avec raison, que dans plusieurs cas, des «intervenants sociaux» peuvent prétendre faire mieux à des coûts inférieurs parce qu'ils

ne vivent pas les contraintes du contrat collectif de travail. Que la syndicalisation des employés s'y produise et l'on verrait ces groupes s'apparenter à des établissements plutôt qu'à des organismes communautaires.

Mais ce qui hypothèque aussi les chances d'implantation de ce mécanisme, c'est qu'il n'est pas reconnu comme une voie de solution par les autres organismes communautaires. Le CLSC du quartier de l'Exposition est généralement perçu comme un vieil établissement qui a complété son oeuvre de récupération d'organismes communautaires et qui ne se préoccupe plus de s'adapter à son milieu. Au lieu de fraternelles relations, on n'a plus avec ce CLSC que de froides relations d'affaires, se plaint-on.

Cela souligne l'ambivalence qui marque la position des organismes communautaires dans leurs exigences à l'endroit du CLSC Stanislas. D'une part, il est réclamé que le CLSC s'abstienne de toute ingérence dans le contenu du développement communautaire («Nous sommes le communautaire»). D'autre part, il est exigé que le CLSC donne plus d'importance à son mandat en action communautaire; qu'il consacre plus de ressources à l'action communautaire et même, comme à la table des intervenants sociaux, qu'il exerce un certain «leadership technique».

Chapitre 2 : LA COLLABORATION PRAGMATIQUE

Un représentant des usagers à son conseil d'administration nous avait souligné le caractère réussi de la collaboration entre le CLSC Magdebourg et l'ensemble des organisations socio-économiques de son territoire. Cette relation procède, néanmoins, d'une logique différente de celle qui a été analysée au chapitre précédent.

En effet, la collaboration entre le CLSC Magdebourg et le milieu n'est pas d'abord la suite attendue d'un débat philosophique qui en aurait préalablement déterminé les paramètres (ce qui n'exclut pas que certains protagonistes ou groupes de protagonistes aient pu faire une analyse de la situation avant de s'y engager). Elle est plutôt le résultat de la rencontre d'intérêts. Pour amplifier la portée de leurs actions, les intervenants du CLSC ont jugé nécessaire de faire appel aux services d'organisations établies, capables de rejoindre des secteurs significatifs de la clientèle. En contrepartie, ces organisations considèrent qu'il y va de leurs intérêts de soutenir de leurs efforts l'intervention du CLSC.

Cette collaboration pragmatique se distingue aussi du partenariat par les caractéristiques des collaborateurs en présence. Les organismes socio-économiques ne sont pas, dans ce second cas, reliés par vocation aux domaines de la santé, des services sociaux ou de l'organisation communautaire. Par ailleurs, le CLSC Magdebourg offre plusieurs contrastes avec le CLSC Stanislas. Il dessert, depuis plus de douze ans, une population relativement stable dans un milieu typiquement rural. De plus, le territoire du CLSC correspond à celui de la municipalité régionale de comté.

Ne pouvant examiner toutes les activités du CLSC, nous avons privilégié deux programmes pour lesquelles les relations du CLSC avec le milieu semblaient particulièrement réussies : le maintien à domicile des personnes âgées et la prévention à la ferme.

Dans le premier cas, nous avons participé, à titre d'observateur, à la réunion annuelle d'information regroupant le Comité des citoyens du 3e âge et les exécutifs des clubs d'âge d'or, d'une part, et les employés du [illegible] oeuvrant dans le programme maintien à domicile, d'autre part. Plus d'une centaine de personnes âgées du comté de Magdebourg ont participé à cette réunion. Une entrevue formelle avec les cinq membres du comité du secteur de Magdebourg de l'âge d'or a été insérée dans l'horaire de cette journée. Enfin, des conversations avec quelques citoyens âgés et avec des intervenants du CLSC ont apporté des compléments d'information.

Dans le second cas, les informations sont tirées de deux entrevues avec des agriculteurs activement engagés dans le programme de prévention à la ferme, d'une entrevue avec l'organisateur communautaire responsable du dossier et, enfin, d'une entrevue téléphonique avec un permanent régional de l'Union des producteurs agricoles.

Le CLSC Magdebourg : bref historique

Le CLSC Magdebourg fait partie de la première génération des centres locaux de services communautaires. Il a été fondé au début des années soixante-dix et incorporé en octobre 1973. Sa fondation est l'initiative d'un groupe de citoyens préoccupés d'améliorer le nombre et la disponibilité de médecins dans ce milieu essentiellement rural.

En effet, le territoire sous la juridiction du CLSC Magdebourg comprend une vingtaine de municipalités rurales (aucune cité ou ville) dont la plus importante n'avait pas 3000 habitants en 1981. Au recensement de 1981, on a dénombré 25 971 habitants dans ce territoire, qui est également celui de la municipalité régionale du comté.

En 1973, l'incorporation du CLSC Magdebourg a suscité beaucoup d'intérêt chez les élites et dans la population locale. La première assemblée électorale, abondamment annoncée dans chacune des localités, a rassemblé environ 800 citoyens. C'est une assistance trop nombreuse pour les dimensions de la salle. Surtout, l'élection doit être remise à plus tard. Chaque localité veut avoir son représentant au conseil d'administration. Or, il n'y a que quatre postes à pourvoir. C'est finalement une employée du conseil régional de la santé et des services sociaux qui, après des consultations systématiques dans chaque village et paroisse, bâtit un consensus hors assemblée à propos d'une liste de candidats. Depuis, la désignation des représentants des usagers au conseil d'administration se serait faite par cooptation plutôt que par élection.

Des commentaires recueillis au fil des entrevues, il semble que les postes de représentants des usagers et ceux des représentants socio-économiques sont comblés par des individus connus dans le comté pour leur implication dans le monde municipal, à la commission scolaire, dans les organisations paroissiales et philanthropiques,... - les «séniors de la participation», comme les désigne un interlocuteur.

Le CLSC Magdebourg est logé dans un édifice neuf dont la localisation est centrale, si on considère la configuration du réseau routier. Il n'y a pas en tant que tel des points de

services. Cependant, une grande partie des activités du CLSC sont décentralisées dans des maisons privées, des locaux de clubs de l'âge d'or...

Le Comité de citoyens du 3e âge

Comme tous les autres centres locaux de services communautaires, le CLSC Magdebourg est chargé du programme de maintien à domicile pour son territoire. Aux activités curatives classiques (soins infirmiers, auxiliaires familiales, consultations psycho-sociales) s'ajoutent des activités préventives ou d'animation (gymnastique douce, ateliers de développement personnel, repas communautaires...) et, depuis peu, un centre de réhabilitation des personnes âgées en perte d'autonomie, dit centre de jour, dont il sera question plus loin.

Dans un contexte de rareté de ressources, la dispersion de la population dans quelques villages et de nombreux rangs à l'intérieur d'un territoire aussi vaste, a incité des intervenants du CLSC Magdebourg - un chef d'équipe, en particulier - à développer un mécanisme très décentralisé de contact avec la principale clientèle du programme : les personnes âgées.

Ces intervenants ont choisi de miser sur un réseau existant qui rassemblait déjà des groupes locaux dans une majorité de localités : les clubs de l'âge d'or. Toutefois, nous dit-on, le pari n'était pas gagné d'avance car, à l'époque - il y a dix ans -, les clubs étaient plus ou moins bien organisés, n'existaient pas dans toutes les paroisses et leurs activités ne dépassaient pas l'organisation de parties de cartes, de danses sociales ou de voyages. Par ailleurs, à l'instar de l'ensemble de la population âgée du territoire, les membres des clubs de l'âge d'or avaient

des attentes très précises face au CLSC : obtenir enfin des services concrets et en quantité suffisante de la part de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires familiales. Ces attentes s'étaient exprimées à l'occasion du processus d'implantation du CLSC Magdebourg. Il n'avait pas été question jusqu'alors de s'associer à la production des services du CLSC.

Bref, des employés du CLSC Magdebourg voulaient amorcer un mouvement de prise en charge par le milieu de certaines dimensions du programme de maintien à domicile en regénérant et en renforçant l'organisation des clubs de l'âge d'or.

L'initiative a été favorablement accueillie par plusieurs membres de ces clubs intéressés d'intégrer une dimension sociale à leurs activités habituelles et gagnés à l'idée de canaliser vers le CLSC les relations d'entraide individuelle. L'intérêt général manifesté à l'occasion de l'assemblée de fondation du CLSC a certainement joué un rôle.

Ces membres ont, dès ce moment, opéré une réforme de leurs structures régionales. Le mouvement des clubs de l'âge d'or au Québec comporte quatre paliers. La fédération provinciale regroupe dix-huit conseils régionaux formés d'un nombre variable de secteurs. Le secteur rassemble les clubs locaux de municipalités, de quartiers ou de paroisses. Il est dirigé par un «comité de secteur» composé de cinq membres élus par et parmi les exécutifs locaux. Dans Magdebourg, pour l'organisation du bénévolat, ce comité de secteur est doublé, depuis dix ans, d'un Comité de citoyens du 3e âge. Le conseil d'administration de ce Comité est composé des cinq membres du comité de secteur et de six autres personnes âgées élues au cours d'une assemblée générale annuelle des clubs de l'âge d'or.

Le Comité de citoyens du 3e âge regroupe présentement plus de 300 bénévoles actifs (dont plusieurs «bénévoles à temps plein»). Leurs activités sont, la plupart du temps, reliées à celles du CLSC. Le Comité reçoit du Ministère des Affaires sociales une subvention annuelle. En 1986-1987 elle est de 10 000 $, en chiffres ronds. Environ 20 % de cette somme sert à l'organisation d'activités de formation. Le reste est réparti entre les clubs de l'âge d'or (il en existe dans toutes les paroisses maintenant) au pro-rata de l'importance démographique de la paroisse.

Chaque club est autonome quant à l'utilisation de son budget pourvu qu'il soit consacré en totalité à des tâches favorisant le maintien à domicile de personnes âgées. Après une phase d'expérimentations diverses, les clubs ont harmonisé l'utilisation de la subvention suite à des évaluations et des échanges de points de vue menés dans le cadre du Comité de citoyens du 3e âge. Présentement, la plus grande partie des fonds sert à défrayer les frais de transport encourus par les bénévoles à l'occasion d'activités d'entraide. Les responsables du Comité insistent sur un point : ils gèrent leur budget avec 0 % de frais d'administration. Ils n'ont aucun employé rémunéré et ils n'espèrent pas en avoir.

Au total, le Comité de citoyens du 3e âge collabore à une grande variété d'activités. Nous n'en présenterons que deux : l'éducation physique et le centre de jour.

Dans le cadre du service de l'animation, le CLSC a développé un programme d'éducation physique (gymnastique) à l'intention des personnes âgées. L'employé responsable de ce programme a formé quelques trente-six monitrices ou moniteurs d'éducation physique (90 % sont des femmes). Ces éducatrices bénévoles, elles-mêmes des personnes âgées, conduisent présentement la plus grande partie

des activités. Elles animent, dans les locaux des clubs de l'âge d'or de chaque paroisse, des groupes d'éducation physique recrutés à partir des membres de l'âge d'or. Il devient ainsi possible d'avoir dans chaque localité, en même temps, un calendrier complet d'éducation physique.

On doit noter ici- tous les témoignages concordent sur ce point - que, de manière générale, dans le secteur du maintien à domicile, il y a peu d'activités qui se déroulent au CLSC : un édifice neuf construit il y a environ quatre ans. Les locaux des clubs de l'âge d'or sont des points de chute utilisés avec régularité. Plusieurs activités ont lieu dans des maisons privées.

Le centre de jour est une expérience-pilote rendue possible par le bénévolat de membres du Comité de citoyens du 3e âge avec l'aide de membres du personnel en place au CLSC. Ainsi les personnes âgées ont assuré le recrutement des personnes en perte d'autonomie (la clientèle visée par ce centre) et le transport des usagers; ils ont aidé à servir les repas. En outre, ce programme de réhabilitation s'est déroulé dans les locaux de clubs de l'âge d'or.

Depuis l'automne 1986, un budget supplémentaire a permis au CLSC Magdebourg d'inaugurer un programme complet avec l'engagement de trois nouveaux employés (éducatrice spécialisée, ergothérapeute et technicien en assistance sociale). Ce nouveau programme reste lié à l'expérience-pilote. Le recrutement et le transport continuent de relever des clubs de l'âge d'or. Surtout, son application est décentralisée dans quatre points de services aménagés dans des locaux de clubs de l'âge d'or.

Le centre de jour, nous dit-on, ne doit pas générer une organisation parallèle. Il permet d'accroître l'autonomie de

personnes âgées qui, éventuellement, pourront intégrer le club d'âge d'or de leur localité. Cette articulation, soutient-on, ne peut se faire que si les participants sont en contact direct avec le local de l'âge d'or, avec ses membres.

Les responsables du Comité des citoyens du 3e âge dressent un bilan très positif de leurs relations soutenues avec les employés du CLSC. Leurs propos sont les suivants. Ce qui rend le CLSC efficace, c'est que chaque club rend disponible un volume de bénévoles. Le CLSC nous utilise. Mais en retour nous utilisons ses services techniques et son personnel, qui fait preuve d'une disponibilité irréprochable. Le réseau de l'âge d'or existe, il est bien organisé et, par lui, le CLSC peut rejoindre la population du comté. Notre originalité, c'est d'être complémentaire l'un à l'autre. Nous partageons un but commun : le maintien à domicile des personnes âgées à la grandeur du territoire et dans chaque localité. C'est en agençant les activités du Comité de citoyens et celle du centre local de services communautaires que nous l'atteindrons.

En outre, nous précise-t-on, le Comité de citoyens n'a pas qu'un rôle instrumental par rapport au CLSC Magdebourg. Les clubs de l'âge d'or influencent la définition détaillée des services de maintien à domicile et ils contribuent à la détermination des besoins. L'expérience-pilote de centre de jour en est, pour eux, un exemple. Aussi, les clubs développent, indépendamment du CLSC, des activités qui utilisent les ressources du milieu (v.g. popote roulante).

Que la fondation du Comité de citoyens du 3e âge ait été, pour une large part, le produit de l'initiative d'employés du CLSC n'empêche pas ses responsables de faire valoir que le Comité est indépendant. Leur conseil d'administration est composé uniquement

de personnes âgées. Il n'y a pas de lien organisationnel avec le CLSC ni au plan des structures, ni au plan du financement et ils ne sont pas logés dans des locaux du CLSC. C'est disent-ils, pour garantir cette autonomie que les responsables du Comité de citoyens refusent de s'impliquer de près ou de loin dans l'élection des membres du conseil d'administration du CLSC Magdebourg.

Malgré l'étroite collaboration entre le CLSC et le Comité de citoyens, ce dernier ne semble pas entretenir de relations avec le conseil d'administration du CLSC. Le Comité a, probablement, des contacts épisodiques avec des cadres de l'établissement. Pour l'essentiel, ils collaborent avec une vingtaine d'employés du CLSC, et, de manière très particulière, avec le chef de l'équipe du maintien à domicile - un professionnel de l'animation sociale qui a milité dans les groupes populaires de la Basse-ville à Québec avant d'être engagé par le CLSC Magdebourg. Ce chef d'équipe a été, vraisemblablement, le pivot de la collaboration avec les clubs de l'âge d'or. C'est aussi un professionnel du CLSC, avec des antécédants de militantisme dans les groupes populaires de la vieille capitale, qui a fait démarrer une autre expérience de collaboration réussie : le programme de prévention à la ferme.

Une innovation : la prévention à la ferme

À l'hiver de 1982, les employés du CLSC préposés au programme de santé et sécurité au travail sont confrontés au fait que le comté connaît un taux de chômage industriel particulièrement élevé. Cette conjoncture les incite à explorer le secteur agricole qui, lui, ne connaît pas de ralentissement des activités. Un rapide tour d'horizon témoigne du fait qu'il y a certainement matière à intervention.

Après avoir esquissé un pré-projet de prévention à la ferme, l'organisateur communautaire prend immédiatement contact avec un des syndicats de base de l'Union des producteurs agricoles (UPA). Dans le cadre d'une démarche amorcée à l'échelle de la Confédération de l'UPA, ce syndicat avait fait preuve d'intérêt pour l'élaboration du programme de prévention à la ferme. En particulier, un agriculteur, déjà fort actif dans le syndicat local et à l'UPA, a manifesté un grand intérêt pour le projet. Il s'est rapidement imposé comme le chef de file de la participation des producteurs agricoles.

Les témoignages concordent pour dire que, partant de cette rencontre d'intérêts, les agriculteurs ont pris avantage de leurs structures syndicales et se sont très largement appropriés le programme de prévention à la ferme. Bien sûr, les employés du CLSC, et surtout l'organisateur communautaire, ont joué un rôle déterminant dans la définition générale du programme et dans la formulation des propositions d'action. Il n'empêche que les producteurs agricoles en sont le premier artisan et le principal bénéficiaire.

Le premier geste concret a été la mise en place d'un Comité de prévention à la ferme composé de l'organisateur communautaire et d'une infirmière du CLSC, d'un agronome et d'un vétérinaire, ainsi que de quatre agriculteurs - un par syndicat de base actif dans le comté. Depuis quatre ans, ce Comité a plusieurs réalisations à son actif : concours annuel de la ferme sécuritaire, semaine de la prévention à la ferme, stage en France pour quelques producteurs agricoles et quelques employés du CLSC... Sa principale activité, que nous considérons plus en détail, c'est la tenue d'ateliers de formation avec un matériel pédagogique produit sur place.

En effet, par l'intermédiaire du CLSC, le Comité de prévention à la ferme a bénéficié d'une subvention non récurrente (de recherche-action) du ministère des Affaires sociales («un fond de tiroir») pour la production de soutiens pédagogiques à des ateliers de formation à la prévention à la ferme.

La subvention, administrée par le CLSC Magdebourg, a permis de couvrir les salaires de l'équipe de production soit, en plus de l'organisateur communautaire, un agent de recherche contractuel à temps plein et deux agriculteurs à temps partiel, pendant la saison hivernale. La subvention, par renégociations successives s'est étalée sur trois ans. La première année, deux autres CLSC de la région ont été associés au projet. La seconde année, il y eut aussi l'engagement de deux fermières qui ont tenté, avec un succès mitigé, de monter un atelier sur «la femme collaboratrice».

À la fin de la deuxième année, le département de santé communautaire a réalisé une étude d'impact. C'était une exigence posée par le ministère pour le renouvellement de la subvention. Le Comité de prévention s'est donc plié à cette condition, mais en espère très peu. De fait, les chiffres disponibles jusqu'ici seraient peu significatifs. Les vrais résultats, affirme-t-on, ne se révéleront qu'à plus long terme. Ils dépendent de la continuité de l'intervention. C'est pourquoi, fait-on valoir, la subvention spéciale du ministère n'a pas été utilisée pour financer le Comité de prévention. Elle a été entièrement consacrée aux activités du «projet» de création d'ateliers de formation.

La composition du Comité a fluctué d'une année à l'autre. L'intensité de son activité a aussi pu varier. Toutefois, il s'est maintenu en place depuis 1982 et, dans l'esprit de ceux qui l'animent, il doit assumer la permanence de l'intervention. Le

Comité de prévention a été opérationnel pendant un an avant le début du projet subventionné et on croit fermement qu'il survivra à la fin de ce projet.

Il n'en demeure pas moins, que depuis quatre ans, le travail du Comité de prévention à la ferme a été dominé par l'organisation des ateliers de formation pendant la saison hivernale (novembre à mars). La technique utilisée consiste à réunir de 10 à 15 producteurs agricoles dans le garage chauffé de l'un d'entre eux. L'animateur - lui-même producteur agricole - projette un ensemble de diapositives dont la séquence constitue un scénario susceptible de provoquer la discussion. Ces diapositives illustrent des scènes de la vie courante sur une ferme, dans le comté. «Parce que dans le fond, le moyen d'arriver à la prévention, c'est d'en parler. Il fallait donc trouver des diapositives qui en feraient parler».

Du point de vue des agriculteurs siègeant au Comité de prévention, cette démarche ne pouvait réussir à moins d'être prise en charge par des producteurs agricoles et non par des «experts» bien intentionnés. La structure de l'Union des producteurs agricoles a donc été mise à contribution pour recruter et pour convoquer les participants aux ateliers de formation. Ces ateliers sont animés par un producteur agricole, seul.

Le CLSC ne convoque pas de réunions. Pendant la phase de démarrage, au moment où il voulait faire des essais, le Comité de prévention à la ferme a provoqué quelques réunions. Mais, même à cette occasion, après avoir convaincu quelques directeurs de l'UPA, ce sont ces derniers qui recrutaient les autres participants et trouvaient un lieu de rencontre. En outre, les animateurs des ateliers (des producteurs agricoles) reçoivent,

pour cette tâche, une rémunération de l'Union des producteurs agricoles.

Producteurs, agents de mobilisation, animateurs d'ateliers, les agriculteurs sont aussi les principaux concepteurs du contenu de la formation. Et ce rôle s'est exercé à toutes les étapes de la conception. D'abord l'ordre de priorité des thèmes de formation a été établi suite à une consultation des responsables des quatre syndicats de base. L'utilisation sécuritaire du tracteur a été partout identifiée comme le problème le plus grave. C'est donc sur ce sujet que les premiers efforts ont porté. Depuis l'an dernier se sont ajoutés la manutention des animaux et l'utilisation de la machinerie.

Une des tâches de l'agent de recherche est «d'équiper le contenu de l'atelier en faisant un dossier «théorique». Un premier scénario guide la prise de diapositives pendant l'été. Les premiers montages sont soumis à la critique d'un groupe d'agriculteurs (10-12) connus pour leur sensibilité à l'importance de la prévention à la ferme. Puis les ateliers de formation démarrent. En fonction du déroulement de ces ateliers, d'autres modifications sont progressivement apportées au scénario suite aux suggestions des animateurs. Le phénomène à l'oeuvre nous a été décrit de la manière suivante :

> La méthode de l'atelier amène à donner le dernier mot aux agriculteurs. Il faut que chaque diapositive soit significative pour le public visé. Sinon, il n'y aura aucune discussion; aucune prise de conscience. Une diapositive, il faut que ça parle. Ce sont donc, par la force des choses, les agriculteurs qui «censurent» les images utilisées.

Sur une ferme, la prévention implique tous les membres de la famille. En plus d'accueillir, à l'occasion, des femmes et des

enfants lors d'ateliers dans les garages, les agriculteurs-animateurs ont élaboré des scénarios modifiés utilisés soit dans des réunions de cuisine (pour les femmes), soit dans les écoles (pour les enfants). Pour terminer cette description, soulignons que l'expérience du Comité de prévention à la ferme de Magdebourg a pris une envergure insoupçonnée au départ, depuis que l'Union des producteurs agricoles, avec l'aide financière d'une compagnie d'assurance, a diffusé, partout au Québec, l'atelier sur l'utilisation sécuritaire du tracteur.

Comme le souligne l'organisateur communautaire, ceux qui ont créé le Comité de prévention et qui ont lancé le projet ne pensaient pas faire époque. «C'était, au début, une initiative sans préconception bien arrêtée. Ça fait partie de la marge de manoeuvre dont jouissent les professionnels dans les CLSC». Une initiative qui a reçu un écho favorable auprès de participants qui ne se voyaient pas comme les artisans d'une innovation appelée à prendre de l'importance.

Dans ce contexte, l'initiative n'a donc pas fait l'objet d'une discussion préalable ou même seulement d'une présentation au conseil d'administration du CLSC Magdebourg. Ce n'est que plus tard, devant les premiers résultats, que le conseil d'administration aurait manifesté sa satisfaction.

Du côté des militants de l'UPA, qui ont étroitement collaboré à ce projet, il semble bien qu'ils n'ont jamais eu quelques contacts que ce soit avec le conseil d'administration ou des membres de ce conseil. Ils collaborent très étroitement avec quelques employés du CLSC. Ils sont très satisfaits de cette collaboration. Ils n'ont pas de liens privilégiés avec d'autres section du CLSC, sauf pour consommer certains services : cours prénataux, consultation d'un médecin...

La collaboration pragmatique

Les deux programmes du CLSC Magdebourg qui ont été considérés ici présentent des similitudes qu'il vaut la peine de souligner. L'initiative appartient à des employés. Plus précisément, elle est pilotée par un professionnel de l'animation sociale qui a oeuvré activement dans des groupes populaires avant de travailler dans un CLSC. (En plus, dans les deux cas, une phase de militantisme catholique avait précédé l'engagement dans les groupes populaires).

Pour arriver à leurs fins, ces employés sont persuadés que, pour des raisons d'efficacité, ils doivent s'en remettre pour une large part, à des réseaux de groupes «traditionnels». Les responsables de ces clubs de l'âge d'or et de ces syndicats de l'Union des producteurs agricoles sont convaincus de tirer un bénéfice de leur association aux activités de l'établissement, comme organisation et comme catégorie sociale.

Les intervenants du CLSC restent maîtres de leur définition de tâches. Cela n'empêche pas les programmes maintien à domicile et prévention à la ferme d'être substantiellement influencés par le Comité de citoyens du 3e âge et l'Union des producteurs agricoles, respectivement.

La clé de la réussite de cette collaboration pragmatique semble résider dans la nature des organisations avec lesquelles commercent les employés du CLSC Magdebourg. Ces organisations n'ont pas foncièrement de mission de service social. Leur raison d'être est ailleurs : la défense des intérêts généraux des personnes âgées et surtout l'organisation de leurs loisirs; la protection des intérêts économiques et syndicaux des producteurs agricoles. En d'autres termes, elles ne sont pas des

«concurrents» du CLSC. Les militants de ces organisations, qui ne sont jamais des permanents, notons-le, ne risquent pas d'opposer leur militantisme au travail rémunéré des employés du CLSC avec l'idée que le premier est un susbstitut plus efficace.

En contrepartie, les clubs de l'âge d'or et les syndicats agricoles n'ont pas à protéger leur mission de l'éventuelle offensive récupératrice du centre local de services communautaires. Cela est d'autant plus vrai que leur mission ne se définit pas strictement sur un plan local mais procède aussi de leur rattachement à une confédération provinciale, d'une part, et que leur financement ne dépend pas du ministère des Affaires sociales, ou de l'État en général, d'autre part.

Chapitre 3 : LA RECONNAISSANCE IMPLICITE

L'analyse des relations entre la Maison Anaïs, un organisme sans but lucratif, et une constellation d'établissements avait été suggérée par la responsable de cette maison qui, lors d'une première entrevue, avait présenté ces relations comme généralement réussies. Il nous est apparu utile de retenir ce cas pour trois autres raisons : (1) l'expérience se déroule dans une ville moyenne; (2) elle implique tous les types d'établissements (à l'exception des centres d'accueil) et en particulier un centre de services sociaux; (3) elle se fait dans un domaine qui connaît présentement une certaine expansion - l'intervention psycho-sociale auprès de clientèles féminines. Notre enquête est faite de trois entrevues semi-dirigées réalisées avec la responsable de la Maison Anaïs, avec une travailleuse sociale du centre de services sociaux oeuvrant à l'hôpital et avec un coordonnateur du CLSC.

Ne bénéficiant d'aucune ressource alternative, les intervenants du réseau public affirment avoir choisi de laisser se développer un «contrat de services» implicite avec la Maison Anaïs et, par conséquent, d'accréditer implicitement le travail accompli par les permanentes de cette maison d'hébergement[1]. Toutefois, récemment, des modifications internes au réseau ont bouleversé certaines procédures bureaucratiques et obligeront éventuellement de rendre explicite ce qui n'avait jamais été officialisé. Cela, nous le verrons, ne se fait pas sans heurts et pourrait même, à la limite, remettre en question le modèle de bonnes relations qui s'est établi ou occasionner à terme une réorientation partielle du programme d'activités de la Maison Anaïs.

---

1. Le Conseil régional de santé et de services sociaux et l'Association des ressources alternatives de la région étudient présentement un projet de contrat de services.

Donner priorité au vécu sur le diplôme

La Maison Anaïs est une maison d'accueil et d'hébergement pour femmes en difficulté (et leurs enfants); principalement les femmes victimes de violence. Elle est aussi une maison de transition pour des femmes souffrant de problèmes psychiatriques légers. Dans ce second cas, la Maison Anaïs veut contrer le «syndrome de la porte tournante»; c'est-à-dire ce régime par lequel les personnes retournent régulièrement en cure fermée à l'hôpital faute d'avoir eu les services transitoires appropriés.

La durée de l'hébergement va du dépannage au séjour prolongé ou, en d'autres termes, de un jour à un an. Cette durée est décidée en collaboration avec un travailleur social ou un psychologue du réseau public. Nous en reparlerons. Il y a dix-huit (18) places d'hébergement, dont quatre, environ, pour les enfants des femmes accueillies. Outre l'hébergement, la Maison Anaïs offre les repas, bien sûr, et aussi des activités socio-culturelles et des activités de développement personnel.

Bénéficiant de l'appui d'intervenants actifs dans la région, la Maison Anaïs a pu démarrer en mars 1983 grâce à une subvention fédérale (un projet de création d'emplois temporaires) afin de combler un besoin pour lequel il n'existe aucune ressource dans la ville et dans les environs. En effet, à cette époque, pour le type de clientèle visée, la maison d'accueil la plus proche, si l'on peut s'exprimer ainsi, se trouve à plus de 80 km.

La relève, au plan du financement, a été prise par le conseil régional de la santé et des services sociaux qui accorde à la Maison Anaïs une subvention récurrente de l'ordre de 120 000 $ pour l'année en cours. À ce financement de base, s'ajoutent, à l'occasion, quelques subventions fédérales pour la création

d'emplois temporaires et les per diem versés par le centre de services sociaux. En effet, la Maison Anaïs a été reconnue famille d'accueil au nom de sa présidente-fondatrice.

La Maison Anaïs est, avant tout, l'oeuvre de sa présidente-fondatrice et responsable, une personne très impliquée dans la mise en place de ressources privées sans but lucratif. L'assemblée générale est composée d'une quinzaine de personnalités connues du milieu qui y assistent sur invitation. Cette assemblée est appelée à élire au conseil d'administration deux personnes qui viennent rejoindre la présidente-fondatrice et deux autres personnes nommées par le personnel-résident.

Le personnel est composé de femmes qui ont, pour la plupart, vécu des situations analogues à celles des clientes. On n'y trouve aucune «professionnelle» ou diplômée. Le recrutement du personnel est fondé sur l'idée que, par définition, une personne qui a déjà vécu le problème est une preuve qu'il est possible de s'en sortir; ce qui ne serait pas toujours le cas du psychologue ou autre professionnel. On prétend donc que, pour certains bénéficiaires, ces intervenants sans diplômes peuvent faire mieux que les professionnels. La Maison Anaïs compte jusqu'à neuf (9) employées salariées en plus de la présidente-fondatrice qui en est la responsable[1]. Les employées reçoivent une formation ad hoc, faite de cours de développement personnel dont certains sont dispensés par la Maison Anaïs elle-même. Pour terminer cette présentation de l'organisme, insistons sur un point. La Maison Anaïs est la seule de sa catégorie dasn sa région : aucun établissement public ni organisme privé n'offre des services comparables aux siens.

---

1. Le personnel se distribue ainsi : 5 animatrices, 2 gardiennes (de nuit), une cuisinière, une secrétaire-comptable.

La reconnaissance implicite d'un service communautaire

De par l'objet de ses interventions, la Maison Anaïs a eu des relations suivies avec une variété d'établissements : conseil régional, bureau local du centre de services sociaux, hôpital, et CLSC. Jusqu'à récemment, l'économie générale de ces relations a été favorable à la Maison Anaïs.

Insistons d'abord sur un élément de contexte. Selon les commentaires recueillis, de manière générale, la région a été jusqu'à maintenant peu favorisée en matière de services de santé et de services sociaux. Les divers établissements se plaignent d'un manque prononcé de ressources humaines et financières. D'après nos informateurs, cette pénurie serait au nombre des grands facteurs qui ont amené le réseau public à diminuer sa volonté de contrôle des organismes privés sans but lucratif de la région, à leur laisser une marge d'autonomie importante malgré les subventions et, à défaut de solutions de rechange pour certains champs particuliers du domaine des services sociaux, de reconnaître la nécessité et l'efficacité des interventions de ces organismes. La Maison Anaïs est un de ces organismes à se mériter la reconnaissance des intervenants du réseau public dans sa région. Cela, notons-le, n'est pas une situation courante. Souvent, même avec une pénurie de ressources publiques, les établissements refusent d'accorder une telle crédibilité aux organismes communautaires.

Comme partout ailleurs au Québec, à défaut d'effectifs suffisants, le bureau local du centre de services sociaux ne s'occupe plus des cas d'adultes vivant une crise sociale ou familiale difficile. Seuls les cas nécessitant une intervention psychiatrique sont pris en charge par les intervenants du réseau public (travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres). Afin d'éviter que les

femmes ayant besoin d'une thérapie psycho-sociale soient obligées de passer par la psychiatrie pour y avoir accès, une entente informelle s'est établie avec la Maison Anaïs qui, justement, en avait fait sa raison d'être. Pour reprendre la terminologie utilisée dans le réseau, le «cadre de partage» est le suivant.

Les professionnels du conseil régional, du centre de services sociaux et de l'hôpital ne nient pas la compétence de la Maison Anaïs et la qualité du travail accompli par ses employées et sa direction. Une répartition claire des tâches de chacun s'est établie avec le temps. Les professionnels discutent et établissent le «plan d'intervention» de concert avec les employées de la Maison Anaïs. Même s'il ne fut jamais nécessaire de le faire, les professionnels affirment se réserver, en cas de désaccord irréconciliable, le droit d'imposer leur point de vue d'experts. Par la suite, dans le quotidien, ce sont les employées de la Maison Anaïs, pour la plupart des femmes ayant déjà vécu le même type de problèmes mais sans qualifications professionnelles ou techniques, qui contrôlent l'organisation du travail auprès des clientes en difficulté, qui décident des gestes à poser pour leur venir en aide. Au besoin, les employées de la Maison Anaïs font appel à des conseils professionnels en cours de traitement.

Ce lien entre la Maison Anaïs et les établissements du réseau public se compare à la sous-traitance ou au contrat de services puisque, dans un cadre financier relativement stable, à travers un système de références mutuelles des cas, il repose sur la reconnaissance du droit à l'initiative pour l'organisme privé vis-à-vis une clientèle précise.

La Maison Anaïs bénéficie d'une subvention récurrente qui lui est versée par le conseil régional. La somme (120 000 $) n'est pas suffisante aux yeux de la responsable. Elle affirme que son

organisme vit une situation financière précaire qui menacera sa survie à plus ou moins longue échéance. Dans l'immédiat, néanmoins, aucune menace de fermeture ne pèse sur l'organisme.

Lorsque se présente une cliente dont le problème n'est pas d'abord médical, mais social ou familial, les intervenants du centre de services sociaux et de l'hôpital réfèrent la personne à la Maison Anaïs pour fins de dépannage et éventuellement, d'hébergement plus prolongé. Cette référence serait habituelle pour les psychologues, les travailleurs sociaux et, même, les psychiatres. Depuis quelques mois, d'ailleurs, la Maison Anaïs met en permanence un lit à la disposition de l'hôpital pour le dépannage d'urgence.

Cette référence ne se limite toutefois pas au dépannage. Les femmes qui travaillent à la Maison Anaïs, nous dit-on, ont développé des «habiletés» particulières (pour reprendre une terminologie utilisée par certains intervenants du Réseau public lors d'entrevues faites dans le cadre de la présente recherche). Les praticiens du réseau public ont choisi d'en tenir compte et d'établir le plan d'intervention psycho-sociale conjointement avec les employées de la Maison Anaïs et de les consulter lors des rencontres régulières d'évaluation, pendant le séjour. Naturellement, pour le dépannage (dix jours ou moins) ou pour les séjours dit en famille d'accueil (plus de dix jours), la Maison reçoit les per diem conformes aux normes du centre de services sociaux.

Ne se sentant nullement menacée dans son autonomie par ces psychologues et travailleurs sociaux, la direction de la Maison Anaïs n'hésite pas à faire appel à leurs services (et leurs conseils) pour compléter ses interventions auprès de la clientèle. La réponse serait toujours positive et, souvent, les consultations se font sur place, à la Maison Anaïs plutôt qu'au bureau du praticien.

Mais la clientèle de la Maison Anaïs n'est pas toujours référée. En majorité, affirme la responsable, elle vient de la rue, elle est le résultat de la bonne réputation de la Maison. À ce chapitre, la Maison Anaïs peut décider d'elle-même de prendre une cliente en dépannage (de un à dix jours). Le centre des services sociaux verse le per diem prévu à cet effet sans, d'aucune manière, contrôler la décision de l'organisme. Cette manière de faire semble assez répandue. Ce qui l'est moins c'est la procédure suivi pour le passage du dépannage à l'hébergement de longue durée[1].

Pour que ce passage se fasse, dans des conditions normales, il doit y avoir, au préalable, une évaluation de cas faite par un professionnel du réseau public. Cette évaluation donne lieu à un plan d'intervention adapté à la cliente. Or, lorsqu'elles évaluent qu'au bout du temps de dépannage une cliente a besoin d'un séjour prolongé, les responsables de la Maison Anaïs le décident elles-mêmes. Par téléphone, elles avisent rapidement de cette décision les intervenants du centre de services sociaux qui, après le fait, régularisent la situation au plan administratif. Il n'y avait pas de contestation de la part de qui que ce soit du bien fondé du diagnostic posé à la Maison Anaïs, même s'il n'y avait aucun intervenant professionnel d'impliqué à ce moment. C'est du moins ce qu'on nous affirme de part et d'autre.

Ce n'est que plus tard qu'un jugement autorisé était posé. Et, fait-on remarquer, ce jugement était en partie contraint, car l'intervenant du réseau public doit «prendre sa place auprès d'une cliente qui a déjà une relation d'établie avec les gens de la Maison».

---

1. Notons, par ailleurs, qu'il est rare qu'une «maison» offre les deux volets : le dépannage et l'hébergement de longue durée.

Avec ce droit d'initier des plans d'intervention psycho-sociale sur un fond de stabilité financière - même si ce n'est pas le Pérou - et de respect avoué pour les «habiletés» particulières de ses employées et de sa responsable, la Maison Anaïs s'est imposée comme un sous-traitant du réseau public pour une clientèle particulière. Cependant, cela n'a reçu aucune sanction officielle. La Maison Anaïs n'a pas, sauf pour la subvention du conseil régional, de liens explicites avec les établissements. La poursuite de ce lien privilégié repose sur le bon voisinage et l'ouverture d'esprit des praticiens à l'emploi des établissements concernés.

Ainsi la subvention récurrente n'a pas été acquise de droit. Elle est la conséquence directe de l'arrivée au conseil régional d'une nouvelle coordonnatrice de la planification des ressources en santé mentale, une personne qui avait déjà travaillé dans une maison de femmes. En contrepartie, la direction de la Maison Anaïs ne semble pas non plus chercher à formaliser ses relations. Elle préfère visiblement les relations personnalisées aux relations institutionnelles passant, par exemple, par les conseils d'administration des établissements.

Il ne faut pas oublier qu'un organisme comme la Maison Anaïs mène un combat de fond qui prime facilement sur tous les autres. Elle a l'ambition de faire reconnaître et de faire coexister avec celui des «diplômés» le travail de celles qui ont déjà vécu le problème. C'est donc, avant tout, auprès des professionnels de l'intervention psycho-sociale que l'on cherche à s'imposer. Pour que cette stratégie réussisse il faut que les règles du jeu demeurent stables. Or, ce ne fut pas le cas.

Le CLSC trouble la fête

Incorporé en 1984, opérationnel depuis 1985, le centre local de services communautaires est né de l'initiative des groupes communautaires et des syndicats. Cette conjoncture est à l'origine de certaines de ses orientations de fond. Ainsi, on n'y trouve aucune médecine curative. Les médecins consacrent tout leur temps aux programmes de prévention. En outre, on met au rang des priorités de respecter les organismes du milieu en évitant de dédoubler les services. Le coordonnateur des services communautaires est formel, le CLSC ne fera mourir aucune des initiatives existantes. Il n'a qu'à prendre sa place; celle que lui ont défini les groupes communautaires.

Invité à préciser les paramètres de la collaboration souhaitée entre le CLSC et les organismes du milieu, ce coordonnateur précise que l'on dépassera la simple référence pour aller jusqu'à la discussion de cas avec un groupe du milieu. Et il donne, spontanément, l'exemple de la Maison Anaïs pour illustrer son propos. Ce sera, ajoute-t-il, aux intervenants du CLSC de s'adapter au milieu, de moduler leur contribution professionnelle en fonction des exigences de l'organisme avec lequel il y a collaboration. Les groupes qui misent sur le vécu comme habileté pour établir une relation d'aide ont, admet-il, beaucoup plus d'années d'expériences que le CLSC. Leurs services sont adaptés aux besoins et ils ont quelque chose qui fait qu'en tant que jeune service, «on a peut-être à apprendre d'eux».

Malgré cette générosité des intentions, l'arrivée du CLSC menace le modèle de relations de la Maison Anaïs avec le réseau public car elle force à expliciter ce qui ne l'avait pas encore été. Comme dans l'ensemble de la province, le cadre de partage des responsabilités entre le centre de services sociaux et le CLSC a

été récemment redéfini. Entre autres, la procédure touchant le passage entre l'hébergement de dépannage et l'hébergement en famille d'accueil est en révision. La relation de la Maison Anaïs avec le réseau pourrait s'en trouver affectée.

Le centre de services sociaux est toujours l'établissement chargé de faire le placement en famille d'accueil et d'effectuer auprès des «familles d'accueil» les déboursés nécessaires. Mais la pertinence d'inscrire ce placement dans le plan d'intervention psycho-social relève maintenant en partie et bientôt en totalité du CLSC. C'est pourquoi d'ailleurs des ressources humaines ont été retranchées du centre de services sociaux et transférées au CLSC. Naturellement, ces nouvelles règles bureaucratiques modifient les rapports au milieu.

Ainsi, depuis septembre 1986, le CLSC a été, par mandat ministériel, introduit comme un nouvel intermédiaire dans un processus largement informel. Naturellement, les intervenants du CLSC ont voulu affirmer leur rôle, au minimum le baliser. C'est pourquoi, dans un premier temps, ils ne se sont pas sentis liés par les procédures informelles existantes et n'ont pas reconnu, d'emblée, à la Maison Anaïs, le droit de poser le premier diagnostic. Pourquoi se départir de son mandat avant même d'avoir commencé à l'exercer ?

Notre attention, ici, doit se fixer moins sur ces derniers que sur les autres intervenants du réseau, ceux avec lesquels la Maison Anaïs continue d'avoir des bonnes relations. Étant connu le caractère implicite du partage des tâches avec la Maison Anaïs, il revenait aux praticiens des autres établissements impliqués dans cette relation d'aménager une phase transitoire pour persuader le CLSC du bien-fondé de la sous-traitance informelle. Une démarche en ce sens s'imposait puisque la responsabilité d'évaluer la

pertinence d'un placement en famille d'accueil et la détermination du plan d'intervention ne peuvent pas, aux termes de la loi et des règlements, être officiellement déléguées à un tiers par celui qui en a reçu le mandat. Toutefois, la concurrence inter-établissements rend difficile, voire improbable, ce genre de démarche.

Malgré tout, en tant que maison de transition pour femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale, la Maison Anaïs conserve sa bonne réputation auprès des intervenants du réseau public et elle prend toujours à sa charge leur surcroît de travail, sans reconnaissance officielle. En tant que famille d'accueil, la même dynamique est susceptible d'émerger avec le CLSC lorsque les deux parties se seront apprivoisées l'une l'autre.

Il reste cependant des étapes à franchir. Les entrevues mettent en évidence que l'acclimatation l'un à l'autre de la Maison Anaïs et du CLSC a été et est encore une entreprise ardue. Nos indications portent à croire que, plutôt que de laisser filer l'intervention vers une ressource privée ou communautaire, les intervenants du CLSC auraient choisi de déployer les énergies pour s'accaparer une clientèle, pour se tailler une place honorable aux yeux du ministère. Pour consolider leur position concurrentielle, tant face au centre de services sociaux que de la Maison Anaïs, les intervenants du CLSC écarteraient systématiquement la solution de l'hébergement en famille d'accueil au profit d'autres démarches d'intervention psycho-sociale parce que cela implique le transfert de la responsabilité au centre de services sociaux.

Ainsi donc cette dynamique concurrentielle, subséquente à la revision de procédures bureaucratiques, rend secondaire ce qui, pour la Maison Anaïs, est l'enjeu de fond : le vécu, l'«école de

la vie» peut être aussi efficace, à l'occasion supérieur, à la formation académique pour répondre aux besoins de la clientèle féminine adulte vivant une crise familiale ou sociale. La responsable de la Maison Anaïs se fait critique à l'endroit des diplômés. Ils peuvent donner des conseils utiles, c'est vrai. Ils sont efficaces dans certaines circonstances. Mais dans d'autres circonstances ils sont nettement moins efficaces que les intervenantes communautaires - des personnes plus proches du vécu quotidien de la cliente. Cela, c'est la chasse-gardée des «aidants naturels». À l'opposé, les intervenants du CLSC bénéficient, bien sûr, de la force tranquille que confère le caractère public de leur mandat.

Il y a eu, à n'en pas douter, un raidissement des positions dans ce dossier. Toutefois, ce raidissement n'est pas tant attribuable à la confrontation de positions «théoriques» sur la place publique qu'à des faits divers. Par exemple, au démarrage du CLSC à l'automne 1985, un cadre et deux professionnels du CLSC auraient offert leur collaboration aux travailleuses de la Maison Anaïs avec un paternalisme un peu trop appuyé. La responsable aurait fait valoir que la Maison n'avait pas besoin de services supplémentaires de formation mais qu'il existait d'autres priorités auxquelles les permanents du CLSC devraient consacrer leurs énergies (v.g. programme d'intervention auprès des hommes violents). Le dialogue s'est arrêté là et on a préféré l'absence de relations au compromis. Bien sûr, des incidents comme celui-ci sont révélateurs d'attitudes profondes; mais surtout ils ont été vraisemblablement canalisés dans un conflit de personnalités, sans originalité, entre la direction de la Maison Anaïs et la responsable de l'accueil au CLSC[1]. Or, dans l'univers de

---

1. Ce fait, qui paraissait acquis lors de l'enquête, a été contesté lorsque les personnes rencontrées ont eu à réagir à la première version du chapitre.

l'informel, un conflit de personnalités peut prendre toute la place et transformer une sous-traitance implicite en boycottage non déclaré.

Nous voilà ramenés au fait que la direction de la Maison Anaïs veut d'abord s'imposer au plan «professionnel» et qu'en conséquence, elle préfère nouer des relations qui lient les praticiens plutôt que les établissements. Cette stratégie peut porter ses fruits. La Maison Anaïs en est un témoignage. La crédibilité de la Maison Anaïs comme maison de transition pour les femmes ayant eu des traitements psychiatriques n'a pas été remise en question au contraire. De manière générale, à la Maison Anaïs, on se dit heureuses, pleinement satisfaites des relations avec les praticiens du réseau. La chicane avec quelques-uns des permanents du CLSC n'affecte d'ailleurs qu'une portion des activités de la Maison et des indices laissent croire que cette confrontation perd en intensité.

Chapitre 4 : L'ALTERNATIF APPRIVOISÉ

Une responsable (employée permanente) d'un autre organisme communautaire a identifié la Maison Lapalme, à Montréal, comme un exemple de relations réussies avec des établissements du réseau des Affaires sociales. L'exemple méritait d'être retenu car il se situe dans un secteur particulier - la santé mentale, d'une part, et il implique, au premier chef, des hôpitaux, d'autre part.

La nature de la relation à analyser est nettement plus circonscrite dans le cas de la Maison Lapalme que dans plusieurs de nos autres exemples. Au plan de l'enquête, il a donc été suffisant de faire une seule entrevue avec le directeur de la Maison. Les autres informations pertinentes sont tirées d'un Texte de réflexion publié par l'Équipe de la Maison Lapalme en 1986 (166 pages). Ce document comprend les témoignages de treize personnes qui ont eu ou qui ont des relations étroites avec la Maison Lapalme.

La première section du chapitre propose un survol de la période 1972-1986. L'historique de la Maison Lapalme est utile pour situer les paramètres de ses relations avec le réseau. Puis, après avoir dressé un état de la situation à la fin de 1986, nous établirons les formes de relations entre la Maison Lapalme et les établissements ou les intervenants du réseau. Enfin, dans la dernière section, nous analyserons la portée de ces relations qui, pensons-nous, illustrent comment le réseau des Affaires sociales est capable d'apprivoiser une expérience dite «alternative».

La lutte pour l'autonomie

La Maison Lapalme fut une initiative de personnes de la Direction du service aux étudiants d'un Cegep, de la Pastorale et d'anciens

étudiants du même collège. Profitant du Programme des initiatives locales (PIL) du gouvernement fédéral, le groupe fonde un organisme communautaire sans but lucratif ayant pour objectif d'héberger et de préparer des repas pour les décrocheurs du Cegep.

La Maison Lapalme, forte de ce financement temporaire, ouvre ses portes en 1972. D'emblée les services sont offerts à tout «drop out» et rejeté du système scolaire, de la famille, de la société. Deux critères d'admission sont établis : avoir entre 18 et 30 ans et être «tout nu dans la rue».

À l'instar des organisations populaires et communautaires surgies dans le sillage du Programme des initiatives locales et des autres mesures de création d'emplois temporaires, la Maison Lapalme s'incorpore comme organisme sans but lucratif dont l'assemblée générale est composée de l'ensemble de ses employés.

Après quelques mois de fonctionnement à peine, l'équipe réalise qu'elle rejoint une clientèle différente de celle visée au départ : surtout des jeunes itinérants ayant des problèmes de santé mentale. Décision est prise de se réajuster à cette clientèle «spontanée». En outre, dès 1974, la Maison Lapalme inscrit son action dans la perspective de l'anti-psychiatrie, qui connaît alors une certaine vogue dans les milieux progressistes.

L'expérience est décevante; un échec, même. «L'anti-psychiatrie atteint très rapidement ses limites, dans son application à la Maison» (Texte de réflexion, p. 4). D'autant plus que la survie du groupe se trouve remise en question par cette aventure. L'équipe réduite de 1975-1976 restreint les admissions et dresse le bilan des quatre premières années d'opération. Des liens s'établissent avec certaines personnes du réseau intéressées par des expériences différentes (progressistes) en santé mentale.

L'équipe de la Maison Lapalme rebâtit un nouveau projet thérapeutique alternatif. Cette psychiatrie communautaire s'inspire des Italiens Bassaglia et Jarvis et du français Bettelheim. Cette psychiatrie communautaire est à l'enseigne de la responsabilisation de l'usager. Elle valorise la thérapie de groupe et par le groupe, l'insertion du client dans son milieu environnant, l'émergence d'un engagement social au sens large, la démédicalisation,... La Maison Lapalme trouve alors les bases idéologiques qui ont inspiré son intervention jusqu'à aujourd'hui. En 1976, la Maison «s'adjoint de nouveaux membres plus spécialisés en théorie et en pratique d'intervention en santé mentale et elle encourage à la formation l'ensemble de son équipe, qui s'accapare des visions et des techniques amenées par une variété d'approches...» (Texte de réflexion, p. 9).

Ce virage (devrait-on dire cet adoucissement des positions) coïncide avec la victoire du Parti Québécois. Or ce parti politique a des sympathies importantes pour des expériences alternatives du genre de la Maison Lapalme. L'équipe joue donc la carte politique et obtient rapidement une subvention du ministère des Affaires sociales. La Maison est relancée sur des bases financières plus solides. En contrepartie de cette subvention, qui équivaut à presque 100 % de son budget, la Maison Lapalme accepte d'être évaluée annuellement par le Ministère. Ces évaluations furent favorables d'année en année et, donc, la subvention renouvelée.

Mais aussi, le ministère, par conseil régional interposé, tente de transformer cette subvention en intégration au réseau : rattachement au centre de services sociaux ou à un hôpital. Entre 1976 et 1981, le conseil régional exerce une pression continue sur la Maison. «L'histoire de sa lutte pour la survie, c'est

l'histoire de sa résistance à l'intégration au réseau» (Texte de réflexion, p. 85).

En 1981, l'équipe veut mettre un terme à cette pression. Soucieuse de préserver son autonomie, elle pose donc un ultimatum : ou la Maison Lapalme ferme ses portes, ou elle opère à ses conditions - budgets récurrents et modalités claires d'évaluation. Cet ultimatum vient de la nécessité. La subvention du ministère est loin d'être suffisante. De fait, au début des années 1980, la Maison Lapalme est au bord de la fermeture : le service d'hébergement (cinq places) est temporairement suspendu, des mises à pied ont lieu, les autres employés doivent accepter des coupures de salaire «draconiennes» et les dettes s'accumulent.

Pour défendre sa position autonomiste, la Maison Lapalme fait appel encore une fois à ses contacts politiques. De plus, elle obtient plusieurs lettres d'appui de CLSC, de départements hospitaliers de psychiatrie, d'autres institutions et de professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, de groupes d'usagers, d'organisations syndicales et communautaires, etc.

Le ministère se range finalement aux arguments de la Maison Lapalme qui, depuis 1982, bénéficie d'un budget assuré, dont le fiduciaire est le Centre hospitalier Laurendeau. En contrepartie, la Maison doit ajouter à son conseil d'administration deux représentants de l'hôpital : l'un pour les aspects administratifs (le responsable du service des admissions); l'autre pour les aspects cliniques (le directeur du centre de santé mentale). Le ministère s'assure ainsi un droit de regard sur les services de la Maison Lapalme et sur la gestion de sa subvention.

Cette dernière en profite pour réformer sa structure décisionnelle et mettre fin au régime autogestionnaire établi depuis le premier projet PIL en 1972. En effet, en 1981, la composition du conseil d'administration est repensée. Aux quatre représentants des employés s'ajoutent, en plus, des deux délégués de l'hôpital Laurendeau, deux représentants des usagers. Ces quatre personnes nouvelles sont intégrées à l'assemblée générale.

Bref, depuis 1982, la Maison Lapalme est reconnue par les services publics comme une «ressource communautaire alternative d'intervention en santé mentale, autonome et autogérée».

La Maison Lapalme en 1986

La Maison Lapalme est une ressource alternative (1) parce qu'elle s'adresse à une clientèle négligée par les «services réseaux», soit les 18-30 ans; (2) parce qu'elle est une alternative à la psychiatrie orthodoxe grâce à une approche communautaire; (3) parce qu'elle est une alternative à l'institutionnalisation, à l'hospitalisation. Mais tout cela peut s'harmoniser avec les services réseaux comme l'indique l'extrait qui suit.

> Je veux souligner ici la complémentarité nécessaire entre les ressources «traditionnelles» et les ressources «alternatives», bien que le mot «alternative» ne me semble pas approprié dans la mesure où ces ressources ne sauraient se substituer entièrement au réseau traditionnel. J'appellerais donc les ressources comme la Maison Lapalme des ressources complémentaires, avec certes une note de compétition que je trouve très souhaitable. La complémentarité devient ainsi dynamique : les compléments peuvent se questionner mutuellement, se critiquer et donc faciliter l'évolution de l'ensemble vers un système qu'il y a lieu de souhaiter toujours plus souple, toujours plus près des besoins exprimés ou implicites, et si possible toujours plus ouvert à la différence, à la singularité de chaque histoire de vie. (XXX, psychiatre au Centre de santé mentale communautaire Laurendeau dans Texte de réflexion, p. 161-162).

«Alternatif», dans le cas de la Maison Lapalme, ne veut plus dire «en marge de» mais «en complément à». C'est pourquoi l'on peut dire que la subvention récurrente accordée par le ministère indique que la Maison Lapalme est devenue respectable aux yeux du réseau et que, de «ressource concurrente», elle est devenue une «ressource de service». Mais le ministère n'a pas été le seul à évoluer. Le projet de la Maison Lapalme est plus thérapeutique et moins une remise en cause de la société. C'est ainsi que la chef du service de la santé mentale au ministère remarque que

> La Maison Lapalme a transposé ses contestations et revendications en un projet lui permettant de développer une idéologie et une pratique différente. (Texte de réflexion, p. 154).

On partage de plus en plus un langage commun car la Maison Lapalme se fait perceptiblement plus «professionnelle» qu'avant. L'équipe est composé de dix (10) permanents et un contractuel auxquels s'ajoutent occasionnellement des stagiaires. Dans la composition de cette équipe, on vise, nous dit-on, un équilibre entre l'expérience de la vie communautaire et la formation technique. Cependant cette formation technique est maintenant acquise d'abord à l'université plutôt qu'à l'école de l'expérience. Il y a eu indéniablement une professionnalisation de l'équipe. Que l'on en juge par l'extrait qui suit.

> Les travailleurs doivent démontrer des capacités d'analyse et de réflexion critique, ainsi que les qualités nécessaires à toute relation d'aide. En plus d'avoir une pratique en santé mentale, il faut avoir acquis une expérience de travail social communautaire au sens large du terme. En effet, les travailleurs ont des formations variées en science de l'homme (psychologie, sociologie, travail social, pédagogie, génagogie et animation, pour n'en nommer que quelques-unes). (Texte de réflexion, p. 75).

On doit cependant souligner que la Maison Lapalme s'est donnée des mécanismes internes d'évaluation par ses usagers, afin de réajuster régulièrement les services et le cadre thérapeutique à la clientèle et aux attentes de cette clientèle. Ainsi, en plus d'élire deux représentants au conseil d'administration, les clients de la Maison Lapalme

> «...tiennent leur propre réunion chaque semaine et sont responsables de son contenu et de son animation. C'est un lieu où ils peuvent aborder toutes les dimensions de leur vécu collectif et du fonctionnement de l'organisme. Ils participent aussi, par le biais d'une évaluation écrite bi-annuelle, à l'évaluation des activités et des intervenants, laquelle évaluation est prise en compte pour permettre aux travailleurs et au cadre thérapeutique de s'ajuster aux besoins exprimés.» (Texte de réflexion, p. 52)

La Maison Lapalme accueille entre 20 et 25 personnes à la fois pour un total de 125 clients annuellement. Il y a cinq places d'hébergement. Le client type n'est pas à sa première démarche thérapeutique. Un grand nombre a déjà vécu une ou plus d'une hospitalisation en psychiatrie. Ce client a obligatoirement entre 18 et 30 ans. Il vient généralement de Montréal mais pourrait sans peine provenir d'une autre ville ou région québécoise. Enfin ce client conserve un minimum d'autonomie personnelle. Cela se traduit par le fait que celui qui désire venir à la Maison Lapalme doit faire lui-même la demande d'admission.

Cela n'empêche pas que, si, par sa réputation, la Maison Lapalme génère environ la moitié de sa clientèle, l'autre 50 % est référé par diverses ressources. Ces références se partagent également entre les intervenants du réseau tels que psychiatres, psychologues, médecins et travailleurs sociaux, d'une part, et la communauté en général (groupes communautaires, autres ressources alternatives, etc.), d'autre part.

Au plan financier, les services de la Maison sont supportées presque à 100 % par le Ministère. Ainsi, pour la dernière année, la Maison Lapalme a bénéficié d'un budget de 380 000 $ du ministère, auquel s'est ajouté le loyer demandé aux cinq clients hébergés et les recettes de la vente des repas (servis au prix coûtant).

Les relations avec les établissements du réseau

Les opérations de la Maison Lapalme se déroulent principalement à la grandeur des territoires de deux CLSC et de deux hôpitaux. Aucune opposition à l'intervention de la Maison Lapalme n'est venue de l'un de ces établissements. Au contraire, les relations professionnelles sont, règle générale, bonnes et lors de la lutte pour l'autonomie en 1980-1981, les deux CLSC et les départements de santé mentale ont appuyé et soutenu la position de la Maison vis-à-vis du conseil régional et du ministère. En outre, on l'a mentionné, la Maison a une relation obligée avec l'un de ces établissements : le Centre hospitalier Laurendeau, son fiduciaire.

En effet, le directeur du centre de santé mentale de l'hôpital Laurendeau et le responsable des admissions siègent au conseil d'administration de la Maison Lapalme pour y exercer le droit de regard concédé au ministère. Jusqu'à maintenant les relations qui en découlent ont été un succès. Premièrement, les travailleurs de la Maison Lapalme avouent bénéficier des avis et des conseils que formulent l'un et l'autre des représentants de l'hôpital. Deuxièmement, l'hôpital Laurendeau ne semble pas prendre prétexte de son rôle de fiduciaire pour s'ingérer indûment dans les affaires de la Maison Lapalme autant au plan clinique qu'au plan administratif. Au contraire, la présence de l'hôpital fait écran et protège la Maison Lapalme de l'ingérence éventuelle d'autres établissements tels que le centre de services sociaux ou le

conseil régional. Troisièmement, les délégués de l'hôpital ne paraissent pas vivre leur implication à la Maison comme une banale obligation mais en tirer un profit personnel.

Pour la Maison Lapalme, les relations formelles avec les établissements du réseau se résument, toutefois, à ce mécanisme de gestion de la subvention de fonctionnement. Au plan thérapeutique, il n'y a pas de relations bien encadrées avec des établissements mais seulement des sympathies et un jeu de référence à sens unique. Car, fait-on remarquer, il y a aussi de nombreuses résistances.

Depuis le début, certains intervenants ont cru dans l'approche professée par la Maison Lapalme et l'ont manifesté. En voici deux illustrations ! Dans les années 1970, un psychiatre de l'hôpital Laurendeau s'est personnellement impliqué auprès de la Maison Lapalme. Son action a clairement contribué au développement des services de la Maison. Cependant, quand il est allé à l'extérieur de Montréal, personne à l'hôpital n'a pris la relève. Un psychiatre d'un hôpital de Montréal manifeste présentement ses sympathies pour la Maison Lapalme en y faisant faire des stages à ses étudiants en médecine.

Dans son Texte de réflexion la Maison Lapalme rapporte plusieurs témoignages d'appui à son approche communautaire de la part de «différents bâtisseurs, penseurs, décideurs et intervenants impliqués dans le processus de développement des services de santé mentale» (p. 105). L'équipe y annonce d'ailleurs qu'elle se veut ouverte à une collaboration plus poussée avec les gens du réseau qui ont la même approche. Le directeur songe même proposer d'élargir le conseil d'administration pour y accueillir des professionnels du réseau qui pensent comme eux. Il espère de cette manière améliorer le cadre conceptuel de la Maison.

Plusieurs intervenants du réseau des Affaires sociales qui ont de la sympathie pour l'approche thérapeutique de la Maison Lapalme leur réfèrent des usagers. On a vu qu'environ le quart de la clientèle provient de ce bassin de références. Il semble cependant que la réciproque ne soit pas là. Selon le directeur de la Maison, les services hospitaliers ne reconnaîtraient pas la valeur professionnelle de leur démarche thérapeutique. Il insiste sur le fait que lorsqu'un de leurs clients est hospitalisé en cure fermée - parce qu'il a été arrêté en pleine crise et conduit à l'hôpital ou parce que les travailleurs de la Maison Lapalme l'y amènent - les psychiatres (mais serait-ce des psychiatres ?) font complètement abstraction du rôle joué par la Maison Lapalme dans le dossier de l'individu. Ils ne communiquent pas avec la direction ou les travailleurs de la Maison. Ils ne leur demandent pas «d'histoire de cas» et d'information sur le traitement comme ça se fait habituellement entre partenaires, collaborateurs. Et même si les intervenants de la Maison Lapalme essaient d'entrer en communication avec eux, ils les ignorent.

Il y a là, de manière évidente, une volonté marquée de ne pas reconnaître «professionnellement» le travail fait par l'équipe de la Maison Lapalme. Les psychiatres patentés sont jaloux de leurs prérogatives et de leur pouvoir. Ils n'entendent pas les céder facilement.

Les difficultés rapportées par les travailleurs de la Maison Lapalme, parce que la référence de cas ne se fait pas dans les deux sens et en toutes circonstances, ne sont pas tant le signe de mauvaises relations avec des établissements que du chemin qu'il reste à parcourir pour imposer l'alternatif à toute la profession. La Maison s'est fait reconnaître par le réseau et par ses établissements constitutifs tout en protégeant intégralement son autonomie corporative. Il lui reste à imposer sa thérapie

«alternative», et surtout sa manière de la pratiquer. C'est là peut-être un indice que l'intervention de la Maison Lapalme dans le domaine de la santé mentale demeure subversive; qu'elle apporte un point de vue critique qui menace le confort de la médecine traditionnelle; qu'elle demeure un projet alternatif dans la façon d'intervenir auprès des «psychiatrisés».

L'alternatif apprivoisé

En conclusion de son texte de réflexion, l'équipe de la Maison Lapalme adresse une revendication

> Nous considérons que l'État doit prendre les responsabilités économiques de soutenir les ressources privées à but non lucratif, d'entraide, de défense et concurrentes, puisque leur existence est la conséquence des déficiences de son réseau, de l'immobilisme et de l'inflexibilité de ses institutions et des «oeillères» du pouvoir médical (Texte de réflexion, p. 91).

La force, les difficultés et la faiblesse de la Maison Lapalme se rattachent au fait que, dans son cas, l'appel a été entendu et qu'une portion suffisante du réseau s'y est ralliée comme le confirme le témoignage qui suit de la coordonnatrice des services de santé mentale au conseil régional de la santé et des services sociaux.

> Il m'apparaît essentiel de reconnaître la place des ressources alternatives et la contribution originale qu'elles apportent. Elles contribuent à diversifier les services et permettent ainsi à l'usager un choix entre plusieurs services ou approches pour trouver celui qui convient le mieux. (Texte de réflexion, p. 141).

Implicitement, il a fallu que la Maison Lapalme fasse aussi un bout de chemin en direction du «secteur public». Il fallait développer un langage commun pour définir les termes d'une relation faite d'autonomie et d'autogestion en même temps que de

financement public à presque 100 %. La professionnalisation de l'équipe a joué ce rôle.

La reconnaissance de l'approche communautaire de la Maison Lapalme renforce la position d'un groupe de professionnels du réseau à la recherche d'adaptation aux besoins, d'innovations dans les approches. Mais elle a aussi l'effet d'une contestation de la pratique d'un autre groupe de professionnels. Sur le terrain, la Maison Lapalme vit donc des tensions lorsque ses clients ont besoin d'une intervention psychiatrique plus lourde (v.g. cure fermée).

Mais la menace la plus grande est autre. En théorie, l'autonomie de type organisme sans but lucratif n'est pas indispensable à l'implantation de «ressources thérapeutiques différentes». Prenant appui justement sur cette partie des professionnels du réseau qui sont sympathiques à l'alternatif, le secteur public peut choisir de s'adapter à la nouveauté plutôt que de subventionner une conscience autonome.

L'équipe de la Maison Lapalme est consciente de cette faiblesse lorsqu'elle écrit

> L'actuelle «névrose du déficit» entraînera probablement l'État à désinvestir du hors-réseau, d'autant plus qu'il est à mettre en place un sous-réseau intermédiaire, qu'il bâtit sur le terrain qu'il contrôle. (Texte de réflexion, p. 91).

Se faire reconnaître par l'État, c'est aussi faire la démonstration que la différence est possible. L'étape suivante, c'est l'expérimentation dans le réseau comme l'indique le président du groupe Auto-Psy de Montréal. Faisant référence aux appartements supervisés de l'hôpital Johnson, il fait valoir que

l'expansionnisme du Réseau se manifeste dans de petits événements et que

> Le développement des structures intermédiaires démontre la capacité d'adaptation du système, la gestion des risques prend un visage communautaire. (Texte de réflexion, p. 152).

La Maison Lapalme vit une faiblesse de taille dans ses relations avec le secteur public : la dépendance financière. Presque 100 % de ses ressources viennent de l'État. Comment éviter les sautes d'humeur ministérielles ? Comment éviter de devenir un sous-traitant à bon marché ?

La réponse à ces questions est délicate. Nous pourrons tout de même noter, ici, trois conditions au maintien de l'autonomie de la Maison Lapalme; (1) cultiver ses appuis politiques; (2) élargir son réseau de sympathies professionnelles dans le réseau; (3) conserver une distance avec les services réseaux en gardant intact son projet alternatif.

Une quatrième condition pourrait aussi être évoqué : opérer une ouverture démocratique du conseil d'administration de la Maison. Cependant, étant donné les caractéristiques de la clientèle - des gens aux prises avec des problèmes sérieux de santé mentale - les moyens pour y arriver ne sont pas simples. Des formules originales sont à trouver. Peut-être l'expérience analysée au chapitre suivant peut-elle fournir quelque inspiration ?

Chapitre 5 : L'ÉVALUATION INTERACTIVE

À travers les activités d'entraide qu'ils mènent auprès de diverses clientèles, les bénévoles (ou volontaires) acquièrent une compétence particulière dans l'évaluation de la performance des établissements ou des organismes publics. C'est particulièrement le cas de ceux qui font du parrainage d'handicapés physiques et mentaux, de personnes âgées en perte d'autonomie plus ou moins prononcée, etc. Dans l'activité de parrainage, les bénévoles sont souvent appelés à se faire l'avocat de leur protégé et à prendre la défense de leurs droits vis-à-vis des organismes publics, dont les établissements du réseau des Affaires sociales, en particulier lorsque le protégé vit en centre d'accueil, foyer, etc.

Le problème qui se pose est alors de trouver la manière d'utiliser ces compétences (ce potentiel bénévole d'évaluation) pour bonifier la qualité des services offerts par les établissements concernés.

L'évaluation critique de la qualité des services d'un établissement peut emprunter (et emprunte) deux chemins. Du haut vers le bas, les gestionnaires d'un niveau hiérarchique au sein du réseau des services sociaux évaluent la performance des niveaux inférieurs en fonction généralement de critères chiffrés, surtout d'ordre financier. Pour cela, on fait souvent appel à des analyses «d'experts», auxquels des contrats d'évaluation sont confiés. Du bas vers le haut, les consommateurs peuvent être appelés à faire valoir leur point de vue. Ce second type d'évaluation est au coeur du mandat des comités de bénéficiaires prévus à la loi.

L'évaluation interactive veut aller plus loin dans cette direction en créant une base d'évaluation indépendante de l'établissement pour ceux qui, mal outillés, ne peuvent le faire eux-mêmes. Il

faut faire en sorte que quelqu'un parle à la place du bénéficiaire qui ne peut le faire lui-même parce qu'il souffre d'un handicap physique ou mental ou d'une maladie chronique... Mais il y a un autre obstacle à surmonter. La critique isolée, individuelle de la qualité de la vie dans un établissement ou de la qualité des services fournis par un organisme public demeure une action périlleuse pour le bénéficiaire, bien sûr, mais aussi pour le parrain qui l'assiste et défend ses droits. Cette critique se terre donc la plupart du temps. On peut cependant la mettre au jour en forgeant un cadre collectif et anonyme. C'est cela que l'on appelle, en milieu anglophone, le «monitoring»; concept que nous traduirons par l'évaluation interactive.

La technique est la suivante. Une organisation communautaire de parrainage civique propose à un groupe de parrains de bénéficiaires d'un centre d'accueil ou d'un autre type d'établissement d'évaluer collectivement la qualité de vie de leurs protégés. Si la proposition est acceptée par les parrains, l'opération d'évaluation interactive est confiée à un coordonnateur chargé d'élaborer une grille d'évaluation, de voir à ce que les fiches d'évaluation qui en découlent soient remplies dans les délais et de réunir le groupe au besoin. Dès la phase initiale du processus, le coordonnateur informe la direction de l'établissement concerné qu'il y aura évaluation collective.

À la fin du cycle d'évaluation, les observations des bénévoles sont compilées, traitées par l'informatique et rassemblées dans un rapport statistique. Une réunion finale des participants tire les conclusions et formule les recommandations qui s'imposent. Un rapport d'évaluation, dont le contenu et les conclusions reposent sur des tableaux statistiques impersonnels, jamais sur des cas particuliers, est rédigé. Ce rapport a alors deux utilités qui sont également valorisées.

En premier lieu, lors de leur dernière rencontre, les parrains participants sont invités à prendre les mesures nécessaires pour communiquer à l'établissement concerné le contenu du rapport. On s'attend donc à ce qu'ils décident de le déposer au conseil d'administration, au directeur général, ou à une autre instance décisionnelle, selon leur préférence, et à ce qu'ils désignent un délégué prêt à aller en défendre le contenu. Il est alors souhaité que les recommandations inscrites au rapport fassent l'objet de débats et soient suivies par l'établissement. L'organisation de parrainage qui a commandité l'opération d'évaluation interactive verra à ce qu'il en soit ainsi. Surtout, pour être efficace, cette opération sera reproduite périodiquement à chaque deux ans, par exemple.

En second lieu, parce qu'il met en commun des expériences jusque là isolées, le rapport d'évaluation a un impact en terme de formation des parrains. En effet, la démarche amène le parrain à s'interroger sur divers aspects de la qualité de vie de son protégé, à se demander si ce dernier bénéficie de tous les services auxquels il a droit.

Au cours de la dernière année, la technique de l'évaluation interactive a été expérimentée par un groupe de parrainage civique dans la banlieue de Montréal : Parrainage Joachim. Ce groupe oeuvre principalement à l'intérieur de la communauté anglophone, bien qu'il rejoigne aussi une certaine clientèle francophone grâce à ses liens étroits avec les paroisses et les organisations catholiques de son territoire d'intervention. Le processus d'évaluation a été complété pour le cas d'un centre d'accueil pour personnes âgées. Il touche à son terme pour le cas d'un centre d'accueil pour jeunes handicapés mentaux. Il a été appliqué aussi à un groupe de bénéficiaires aux prises avec des problèmes de santé mentale, qui ne sont pas en institutions. Puisque, dans le

cas présent, les relations avec le réseau public passent par l'expérimentation d'une technique nouvelle d'intervention, nous nous permettrons une narration plus détaillée des événements. Avant de faire le bilan de cette expérience à trois volets, situons les principales caractéristiques de Parrainage Joachim.

Parrainage Joachim

Le parrainage civique consiste à jumeler à un bénéficiaire victime d'un handicap physique ou mental, un parrain qui, sur une base régulière, lui rendra visite, l'accompagnera dans certaines activités... Ce bénéficiaire peut vivre en institution (les centres d'accueil surtout), en famille d'accueil ou dans son propre logement. Parrainage Joachim a été fondé en 1971 pour organiser ce type de bénévolat dans une partie de la banlieue montréalaise, à l'initiative d'une mère de famille déjà fort active dans les milieux bénévoles de sa région et ayant elle-même un enfant handicapé. Au départ l'organisme visait à parrainer des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. Avec le temps, la clientèle a été élargie aux handicapés physiques et aux personnes âgées, en particulier.

Parrainage Joachim regroupe présentement près de 300 bénévoles dont l'activité est coordonnée, depuis 1982, par cinq employées à temps plein et une à temps partiel. Deux de ces employées ont une formation professionnelle. Au plan financier, Parrainage Joachim, qui refuse de se faire subventionner par l'État afin de garder toute son indépendance, compte sur des sources privées de financement, surtout Centraide, dont elle tire l'essentiel de ses revenus. C'est d'ailleurs à l'occasion d'une évaluation des activités de Parrainage Joachim par Centraide que ce dernier leur aurait suggéré de s'impliquer dans un programme de «monitoring».

La responsable de Parrainage Joachim fait cependant remarquer que son organisme n'a reçu aucun «argent neuf» pour avoir ajouté cette dimension à ses activités.

Le conseil d'administration de cet organisme sans but lucratif est majoritairement composé de parrains bénévoles, de deux bénéficiaires et de la responsable. On insiste cependant sur le fait que chaque bénévole reste libre de mener son parrainage de la manière qui lui convient le mieux. C'est ainsi que certains s'en tiennent à des activités de support à leur protégé. D'autres s'impliquent plus avant et ajoutent la défense des droits de leur protégé (avec, bien sûr, une intensité fort variable). Enfin, un dernier groupe, après avoir été souvent hésitant à le faire, a accepté de s'engager dans une démarche d'évaluation interactive.

Les responsables de Parrainage Joachim insistent donc sur un point : la vitalité de leur organisme repose sur un principe de double indépendance. Parrainage Joachim coordonne le parrainage civique dans sa région mais, en toutes circonstances, les bénévoles restent maîtres de leur «agir». Ainsi, des expériences d'évaluation interactive n'auront lieu que si un groupe de parrains s'approprient toutes les étapes de la démarche.

À un autre palier, en tant qu'organisme communautaire impliqué dans le milieu, Parrainage Joachim est prêt à s'associer à tous ceux qui cherchent à améliorer les services aux nécessiteux : y compris les établissements publics. Mais, nous dit-on, pour arriver à une collaboration fructueuse, il faut toujours garder ses distances vis à vis de ses partenaires. En particulier, il faut protéger son indépendance du réseau public : on ne demande pas de subventions gouvernementales et on ne réclame pas d'être logés dans des locaux gouvernementaux (v.g. CLSC). Par ailleurs, il existe une façon de s'imposer comme interlocuteur valable :

siéger sur le plus grand nombre possible de conseils d'administration d'établissements, para-publics et privés.

Les responsables de Parrainage civique croient à l'utilité de jouer la carte politique : s'adresser au député, au ministre ou au parti au pouvoir; susciter un regroupement des paroisses catholiques de la région en vue de hâter la création de CLSC et d'orienter leur programmation. L'évaluation interactive est une autre façon de défendre les droits de ceux à qui on offre ses services; et, par la même occasion, d'améliorer ces services.

Les expérimentations

Dans des contextes différents et, conséquemment, avec des résultats qui ne sont pas les mêmes, entre janvier 1986 et février 1987, Parrainage Joachim a complété ou presque complété trois opérations d'évaluation interactive. L'ordre dans lequel nous les présentons ici n'est pas chronologique puisque ces trois opérations ont été menées concurremment. Il faut aussi préciser que notre bilan repose, dans ce cas, sur un seul point de vue : celui des responsables de l'organisme de parrainage.

La première opération a porté sur un centre d'accueil pour jeunes handicapés mentaux. Elle a réuni cinq des sept parrains ayant un protégé dans cet établissement, auxquels se sont ajoutés seize parents d'enfants handicapés. Cette présence est le résultat de l'initiative de quelques parents qui avaient eu connaissance de l'entreprise de Parrainage Joachim. Il faut d'ailleurs préciser qu'une partie seulement des bénéficiaires du Centre d'accueil peuvent être visités et assistés par des bénévoles. Pour des raisons que l'on ignore, la direction du centre d'accueil ne permet pas le parrainage dans certains

pavillons. Une lettre d'invitation à se joindre au groupe d'évaluation a donc été expédiée à soixante-dix parents; seize ont répondu favorablement. L'enquête par questionnaire a eu lieu au début de l'automne 1986.

Cette opération s'est effectuée en terrain relativement favorable. Le directeur du centre d'accueil se veut ouvert à la communauté et le manifeste, par exemple, en référant à Parrainage Joachim des cas de bénéficiaires à parrainer. Un membre de Parrainage Joachim siège déjà au conseil d'administration du centre d'accueil. Un premier rapport statistique, basé sur seulement cinq questionnaires, avait été louangeur pour le centre d'accueil.

La grille d'évaluation - qui a été utilisée dans les trois expérimentations - comporte une quinzaine d'éléments répartis en trois sections; (1) la qualité de vie du bénéficiaire; (2) l'utilisation et l'accessibilité des services sociaux et de santé; (3) l'intégration sociale du bénéficiaire dans la communauté environnante. Les deux dernières sections sont faites de sous-questions auxquelles le parrain (ou le parent) répond par oui ou par non. La compilation des résultats reflète donc cette répartition simple des réponses.

La première section de la grille d'évaluation est composée de mesures de la qualité de la vie avec une échelle à cinq degrés. Par exemple, à l'item diète, l'évaluateur apprécie la qualité de la nourriture, sa quantité, sa variété, sa valeur nutritive, etc., selon qu'il la considère très bonne, bonne, correcte, insuffisante, très insuffisante. Pour chaque mesure et sous-mesure de la qualité de la vie des bénéficiaires, des scores moyens sont calculés par ordinateur. Certains indices statistiques plus synthétiques sont aussi mis en évidence.

Dans le cas du centre d'accueil pour handicapés mentaux, le rapport statistique résume donc la situation de vingt-un bénéficiaires. Quelques cas problèmes d'une certaine gravité ont été signalés. Ils sont tous concentrés dans les pavillons (ou unités) qui ne sont pas ouverts au bénévolat. Toutefois, de manière globale, les résultats sont favorables à l'établissement. Pour presque toutes les mesures de la qualité de la vie, les moyennes varient entre 1,7 et 2,4 (la situation idéale est égale à l'indice 1 et la pire situation est égale à 5). Le rapport souligne d'ailleurs que les résultats de l'évaluation des parrains et parents est comparable à celle faite par un expert professionnel dans un autre centre d'accueil s'adressant à une clientèle semblable. Un problème important a tout de même été soulevé : l'aménagement physique des lieux, qui a été pensé en fonction de la clientèle de départ, n'est plus aussi adapté puisqu'avec le temps, les jeunes enfants sont devenus des adolescents, voire des adultes.

Bref, ce rapport d'évaluation ne remet pas l'établissement radicalement en question. Copie en a été expédiée au conseil d'administration, au comité des bénéficiaires, au directeur général et aux chefs de pavillon. La direction et le conseil d'administration ont rapidement répondu à l'invitation qui leur était faite de discuter le contenu du rapport. De fait, à la réunion régulière du conseil d'administration, au début de mars 1987, le contenu du rapport sera défendu par un autre bénévole de Parrainage Joachim différent de celui qui siège déjà au conseil d'administration.

La seconde opération d'évaluation interactive s'est déroulée dans un cadre très différent. L'enquête a regroupé six parrains et cinq personnes parentes de bénéficiaires : des personnes âgées, de 80 ans et plus, hébergées dans un centre d'accueil. Les

bénéficiaires n'ont pas été consultés sur la pertinence de l'opération. Les organisateurs sont moralement certains que plusieurs, par peur de représailles, n'auraient pas accepté d'y être indirectement associés. Au départ, les relations entre Parrainage Joachim et la direction du centre d'accueil n'étaient pas très heureuses. L'annonce de l'évaluation interactive n'avait rien pour arranger les choses.

Le rapport d'évaluation est très critique à l'endroit de l'établissement. Les indices statistiques font ressortir plusieurs problèmes graves sur les aspects suivants : le régime alimentaire, la qualité et la constance des soins, le climat du centre d'accueil, les rapports humains entre les intervenants et les bénéficiaires, la sur-consommation de sédatifs, l'imprécision et la confusion des services offerts.

Comme dans le cas précédant, les parrains et parents ont choisi de faire parvenir le rapport au président du conseil d'administration et ils ont nommé un représentant. Cette démarche de Parrainage Joachim a été mal reçue par la direction générale et par certains employés qui se sont sentis attaqués personnellement. Elle a été accueillie avec un certain étonnement de la part des membres du conseil d'administration qui, confrontés avec des problèmes nouveaux pour eux, ont accepté d'en discuter avec le représentant des parrains à une séance régulière du conseil.

Le centre d'accueil a déjà commencé à s'ajuster à certaines critiques apportées par l'opération d'évaluation interactive. Aux yeux de Parrainage Joachim, les changements les plus substanciels restent à venir. Cependant ils peuvent, pour l'avenir, tabler sur deux éléments nouveaux. Premièrement, sans que l'opération d'évaluation interactive y soit pour quelque chose, il y a eu un changement de directeur-général. Le nouveau titulaire du poste ne

traîne pas les contentieux de son prédécesseur avec Parrainage Joachim et il est, nous dit-on, nettement plus ouvert à la collaboration avec les organismes du milieu. Deuxièmement, le parrain qui avait défendu les conclusions du rapport d'évaluation devant le conseil d'administration du centre d'accueil siège maintenant à ce même conseil d'administration comme représentant des groupes du milieu.

Nous avons souligné plus tôt que la démarche d'évaluation interactive, telle que pratiquée à Parrainage Joachim, a deux utilités : l'évaluation, bien sûr, et la formation des parrains. Cette seconde utilité apparaît plus clairement dans la troisième opération. D'une certaine manière l'organisme de parrainage se prend cette fois pour cible.

Une partie de la clientèle de Parrainage Joachim est composée de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et vivant en dehors des établissements : elles se maintiennent dans leur propre logement, cohabitent avec des parents ou sont placées en famille d'accueil. Un groupe de dix-huit parrains de ces types de protégés s'est prêté à une démarche d'évaluation interactive. L'objectif principal est d'améliorer, s'il y a lieu, les services dispensés par les parrains. Il est toutefois entendu au départ que, comme pour tout le reste de son engagement bénévole dans le cadre de Parrainage Joachim, chaque parrain sera libre de tirer du rapport statistique discuté en groupe les enseignements qu'il jugera utiles. Parrainage Joachim ne compte pas exercer des contraintes ou des mesures de contrôle.

La qualité de la vie des dix-huit protégés est globalement satisfaisante quelque soit leur statut résidentiel. Néanmoins, elle est systématiquement moins bonne pour ceux qui se maintiennent à domicile. Dans tous les cas, l'aspect le plus

déficient ou, si l'on préfère celui qui offre la plus grande marge d'amélioration possible, c'est le régime alimentaire. Ayant tiré des résultats statistiques ces grandes constatations, et d'autres plus particulières, le rapport d'évaluation permet de formuler des recommandations qui s'adressent tantôt au parrain tantôt à la famille d'accueil, tantôt au travailleur social.

En outre, la compilation des réponses aux questions concernant l'utilisation de divers services publics et privés a montré que les parrains ignorent souvent les services reçus par leur protégés et ne connaissent pas ceux auxquels ils auraient droit. Ainsi plusieurs parrains ont appris que leur protégé est l'objet d'un plan individuel d'intervention et qu'à titre de bénévole ils peuvent agir comme personne ressource auprès du travailleur social ou du psychologue lors de l'établissement ou de la révision de ce plan.

L'évaluation de l'évaluation interactive

Parrainage Joachim a entrepris de systématiser les retombées du programme d'évaluation interactive sur sa performance en tant qu'organisme bénévole. Chaque entreprise d'évaluation se termine donc par une phase d'évaluation de l'utilité de l'évaluation interactive et de son impact sur la qualité des relations parrain-protégé.

Les parrains sont une autre fois mis à contribution. Cette fois le coordonnateur les interroge sur l'importance qu'ils accordent à leur expérience. Se considèrent-ils, après coup, plus conscientisés des conditions de vie de leurs protégés ? Sont-ils mieux informés des services disponibles pour leurs protégés ? L'évaluation interactive les amènera-t-elle à poser des gestes concrets en faveur de leurs protégés ?

Jusqu'à maintenant la réponse à ces questions a été unanime. Le parrain se sent mieux outillé pour intervenir. Par ailleurs, le grand gagnant, c'est le protégé.

La qualité de vie des bénéficiaires

Malgré les contextes différents, au-delà des tensions vécues en marge de l'évaluation - dans le cadre du centre d'accueil pour personnes âgées, en particulier - les trois opérations se solderont vraisemblablement par des améliorations aux conditions de vie des bénéficiaires. Dans ce bilan positif, la direction de Parrainage Joachim nous invite à porter une attention particulière à deux éléments.

Tout d'abord, la crédibilité du programme gagne en intensité lorsque les critiques positives sont véhiculées au même titre que les revendications. L'évaluation interactive est une approche globale, dépersonnalisée, qui, on le constate, peut mener à complimenter un établissement autant qu'à le blâmer. Pour les responsables de Parrainage Joachim, il faut que la démarche reste rigoureusement la même dans les deux cas.

Ensuite, pour modifier des comportements établis, pour améliorer la qualité de la vie des bénéficiaires du réseau, la meilleure stratégie est de passer du haut vers le bas («from top down»), de s'adresser aux instances politiques de l'établissement dont on attend le changement. C'est prioritairement au président et aux membres du conseil d'administration qu'il faut acheminer le rapport d'évaluation et, en second lieu seulement, aux intervenants (ou employés).

Cette stratégie comporte une dimension politique que peut plus facilement soutenir un acteur indépendant qu'une autre instance de l'établissement, y compris le comité des bénéficiaires. Cette idée inspire l'extrait suivant d'un procès-verbal à propos du premier centre d'accueil dont il a été question dans ce chapitre.

> «X asked what any parents or parents committees had done in the past. The recipients' committee was mentioned, but parents stated that anything they had done had been ineffectual. They are hoping the outside push from advocates will be more successful.»

CHAPITRE 6 : UNE INSTITUTION PUBLIQUE COMMUNAUTAIRE ?*

La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles aura bientôt vingt ans. À première vue elle semble réaliser l'impossible réconciliation entre le réseau public et le milieu local, dont parlent tous les répondants, et que vivent avec plus ou moins de bonheur les partenaires des expériences dont on a fait état dans les chapitres précédents. En effet la clinique est un établissement public. Elle applique les différents programmes que le ministère confie généralement aux CLSC. Elle est à toute fin pratique considérée comme un CLSC par le ministère et reçoit le budget équivalent.

Mais la clinique se dit aussi institution communautaire. Son nom l'indique. Mais ce n'est sûrement pas suffisant puisque les CLSC ont aussi ce qualificatif sans toutefois toujours le mettre en pratique. (Il est vrai que pour les CLSC, ce ne sont que les services qui sont communautaires, alors que pour la clinique ce serait l'institution elle-même...) Mais il y a plus. Essentiellement il y a le fait que son conseil d'administration est composé presqu'exclusivement (voir plus loin) de citoyens élus par une assemblée générale composée des citoyens du quartier, et que ce conseil d'administration a des comptes à rendre à cette assemblée. Cette victoire historique, ce gain arraché au gouvernement au moment de l'implantation des premiers CLSC est la principale différence qui permet à cette clinique de se définir comme institution communautaire.

---

* Par Pierre Pagé et Jacques T. Godbout

Serait-il donc possible de réconcilier mandats gouvernementaux et allégeances locales dans un même organisme, ce qui constituerait un modèle différent de toutes les expériences analysées dans les chapitres précédents, où c'est la division stricte des rôles, des secteurs, des tâches qui est considérée comme condition première de collaboration, où souvent il est même affirmé que cette utopie fusionnelle était la grande illusion des années soixante-dix, qu'on considère maintenant comme le piège principal dans lequel il faut surtout éviter de tomber.

Quels sont les avantages, les inconvénients de ce modèle ? À quelles conditions est-il possible ? Plus concrètement :

- du côté avantage : ce modèle entraîne-t-il un contrôle véritable du milieu sur l'institution, malgré le financement central et les nombreux programmes imposés par le ministère ? Comment cela se manifeste-t-il ? Quelles en sont les conséquences dans les services ?

- Du côté inconvénient : comment se fait la coordination avec le reste du réseau public, et notamment avec les autres établissements qui dispensent des services ? L'absence de représentants de ces établissements sur le conseil d'administration a-t-il pour effet d'isoler la clinique et de rendre difficile la collaboration ?

- Enfin parmi les conditions d'existence de ce modèle : comment se fait la rencontre, l'équilibre entre les objectifs du ministère et les exigences du milieu ? Y a-t-il des conditions locales particulières qui expliquent l'existence et la durée de cette institution ?

* * * * * *

La Clinique démarre pendant l'été 1968 par des activités médicales dans le secteur sud-ouest de Montréal, la Pointe-Saint-Charles, où réside une population de petits ouvriers et d'assistés sociaux anglophones et francophones. Elle est le résultat d'une initiative d'un groupe d'étudiants de médecine, de nursing, de sociologie de l'université McGill et de Montréal qui se rencontre depuis l'été 1967. Elle est soutenue par des organismes du quartier et des associations comme le Mouvement des travailleurs chrétiens.

Le premier médecin à temps plein arrive en juin 1969. Les premiers bailleurs de fonds sont des fondations privées dont une américaine. Puis le gouvernement fédéral fournit une subvention qui, à partir de 1970, est remplacée par un financement du gouvernement provincial qui s'apprête à lancer une grande réforme des services de santé et des services sociaux. En octobre 1972, l'assemblée générale de la Clinique refuse le modèle de CLSC proposé par le gouvernement sans toutefois rejeter radicalement la formule. La principale condition posée est de garder le pouvoir aux mains des citoyens en maintenant la représentation majoritaire au conseil d'administration.

Le personnel

La Clinique compte, en décembre 1986, 74 employés à temps plein et 16 employés à temps partiel. Il y a 3 cadres (qui forment le comité de coordination), assistés de 3 quasi-cadres (responsable médicale, travailleuse communautaire déléguée, responsable du soutien) qui constituent avec les chefs d'équipe et les représentants des programmes, la coordination élargie (voir l'organigramme). Le reste du personnel se décompose ainsi : 14 infirmières, 3 médecins (dont un à mi-temps, un autre en

congé-maternité et un dernier qui vient d'arriver), 7 travailleuses communautaires, 5 de l'équipe communautaire dont 3 organisateurs communautaires, 11 secrétaires (incluant celles des programmes divers), 5 employés faisant partie du personnel administratif, 4 personnes à l'accueil, 4 concierges. S'ajoutent à ce compte, une travailleuse sociale professionnelle et un psychiatre mis à disposition par l'hôpital Douglas dans le cadre de son programme de psychiatrie lourde sectorisée où la Clinique est un lieu de consultation. 30 % de ce personnel est issu du quartier; 60 % y réside actuellement.

Les services et programmes

La Clinique est un centre de services de santé et de services sociaux où ces derniers, surtout depuis la baisse du nombre de médecins, deviennent souvent la porte d'entrée principale pour les patients.

La Clinique fournit des services de santé de première ligne, surtout en médecine générale et familiale, en santé scolaire, en santé mentale, en dentisterie, en optométrie. À cela s'ajoutent des services de laboratoire, de soins à domicile, de maintien à domicile, un service fort original et fort prisé de minibus pour véhiculer les patients à leur rendez-vous à la Clinique ou à l'hôpital etc. De plus, une entente spéciale avec une pharmacie communautaire permet de fournir, gratuitement ou à prix très réduits, des médicaments aux patients.

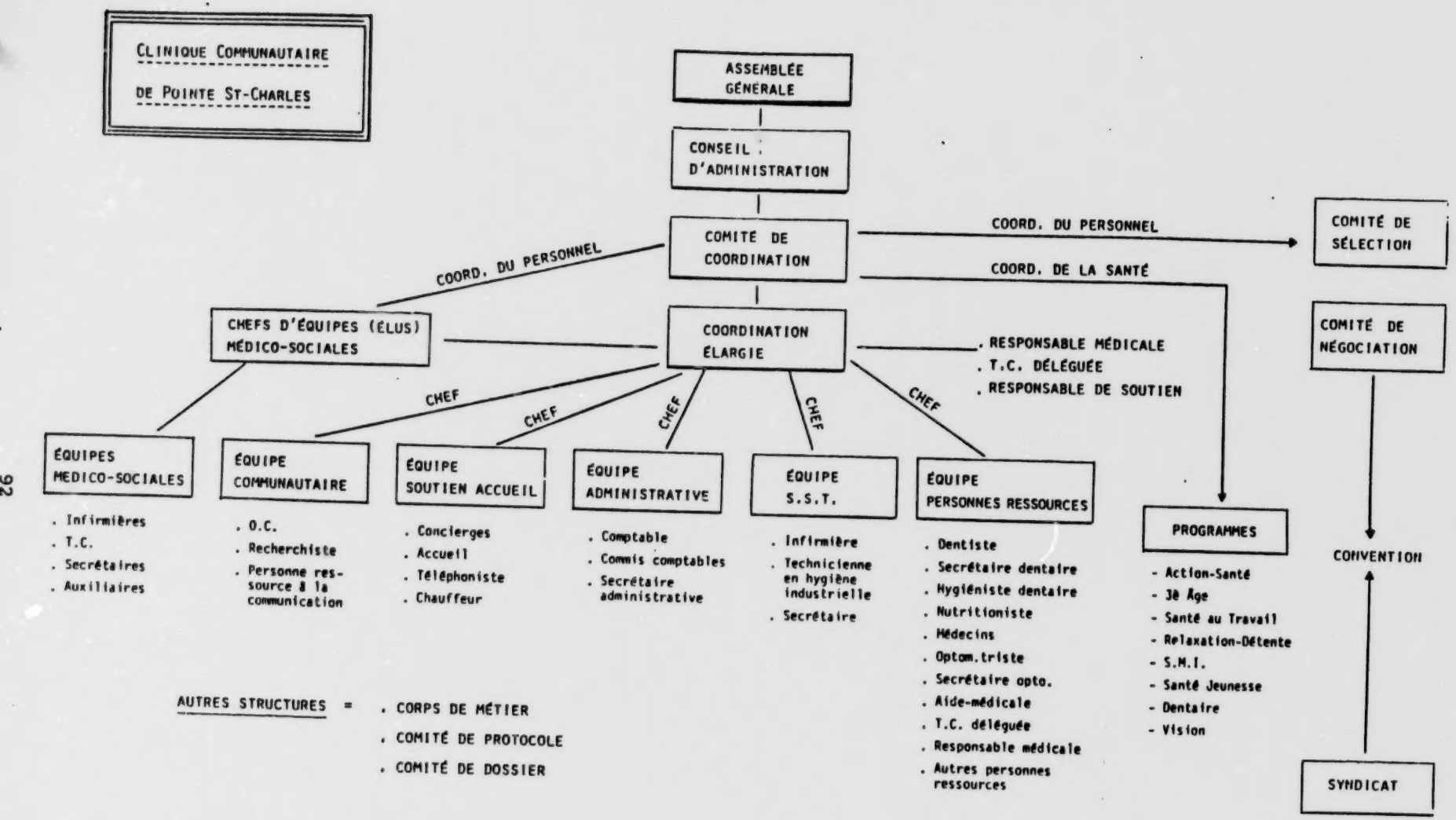
Les services sociaux sont dispensés par du personnel en majorité non professionnel. Ces travailleuses communautaires, issues du quartier, ayant l'expérience vécue des problèmes, sont une des «marques de commerce» de la Clinique. Elles collaborent avec deux travailleuses sociales professionnelles, spécialistes des

questions de santé mentale, ainsi qu'avec le personnel médical qui, lui aussi, traite des dossiers en ce domaine. L'approche globale prend tout son sens ici : le problème purement médical sera lié aux difficultés budgétaires, aux problèmes d'un enfant à l'école, à l'isolement social du couple, grâce à la collaboration du personnel médical et social.

La clinique est l'objet d'un attachement profond de la part d'un grand nombre de résidants. L'union citoyens-employés a su créer ses «marques de commerce» : services de minibus adapté à cette population, soins à domicile, médicaments gratuits, personnel accueillant, chaleureux, ouvert aux diverses formes de misère et de marginalité.

Les services communautaires comprennent les diverses réalisations des organisateurs communautaires, de l'agent de recherche et de la personne-ressource à la communication. Ils collaborent avec différents groupes du quartier, dont principalement le Programme économique populaire, une corporation de développement économique et social, le Regroupement information- logement qui suit de très près tout le dossier des coopératives de logement et qui exige la construction de 500 logements, Action-Gardien qui permet une concertation sur les questions brûlantes de l'aménagement du quartier (en particulier celui du canal Lachine) et du devenir de Pointe-Saint-Charles. Les services communautaires mènent aussi des actions avec des groupes de personnes âgées et un comité d'assistés sociaux.

Ces services communautaires, enracinés dans le quartier, ont la particularité d'être très liés à l'action des travailleuses communautaires. Ces dernières, à partir de problèmes abordés avec des «patients» individuels dans l'équipe médico-sociale, suscitent


CLINIQUE COMMUNAUTAIRE
DE POINTE ST-CHARLES
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
CONSEIL D'ADMINISTRATION
COMITÉ DE COORDINATION
COORD. DU PERSONNEL
COMITÉ DE SÉLECTION
COORD. DE LA SANTÉ
COMITÉ DE NÉGOCIATION
CHEFS D'ÉQUIPES (ÉLUS) MÉDICO-SOCIALES
COORDINATION ÉLARGIE
. RESPONSABLE MÉDICALE
. T.C. DÉLÉGUÉE
. RESPONSABLE DE SOUTIEN
CHEF
ÉQUIPES MEDICO-SOCIALES
. Infirmières
. T.C.
. Secrétaires
. Auxiliaires
ÉQUIPE COMMUNAUTAIRE
. O.C.
. Recherchiste
. Personne ressource à la communication
ÉQUIPE SOUTIEN ACCUEIL
. Concierges
. Accueil
. Téléphoniste
. Chauffeur
ÉQUIPE ADMINISTRATIVE
. Comptable
. Commis comptables
. Secrétaire administrative
ÉQUIPE S.S.T.
. Infirmière
. Technicienne en hygiène industrielle
. Secrétaire
ÉQUIPE PERSONNES RESSOURCES
. Dentiste
. Secrétaire dentaire
. Hygiéniste dentaire
. Nutritioniste
. Médecins
. Optom.triste
. Secrétaire opto.
. Aide-médicale
. T.C. déléguée
. Responsable médicale
. Autres personnes ressources
PROGRAMMES
- Action-Santé
- 3è Âge
- Santé au Travail
- Relaxation-Détente
- S.M.I.
- Santé Jeunesse
- Dentaire
- Vision
CONVENTION
SYNDICAT
AUTRES STRUCTURES =
. CORPS DE MÉTIER
. COMITÉ DE PROTOCOLE
. COMITÉ DE DOSSIER

des regroupements autour d'une maison de jeunes pour les 12 à 18 ans environ, d'un café pour les 18 à 30 ans, etc. Des membres du personnel de la Clinique s'y retrouvent aussi à titre de résidants.

Enfin, des activités de prévention sanitaire et sociale prennent place dans les programmes tel que : santé maternelle et infantile, santé-jeunesse, projet dentaire, projet vision, information troisième âge, etc. (voir organigramme p. 100). Des activités reliées à la médecine douce sont parfois organisées dans le cadre de la relaxation-détente.

Le dernier programme, et non le moindre, est Action-Santé. Ce programme existe depuis plus de 10 ans. Il prend une place centrale à la Clinique et il est aussi très connu à l'intérieur du quartier. Action-Santé se définit lui-même ainsi : «lieu de «rencontres, d'amitiés, d'aide morale pour des psychiatrisés et leurs proches ou sympathisants». Il a son propre local, son financement, son permanent après avoir été un programme de la Clinique. Il rejoint 150 personnes psychiatrisées et leurs proches, à partir des services d'un psychiatre et d'une travailleuse sociale à temps partiel en psychiatrie mis à disposition par l'hôpital Douglas dans le cadre de la sectorisation. Ces deux personnes travaillent en collaboration étroite avec les équipes médico-sociales et une clinicienne en santé mentale de la Clinique.

Le conseil d'administration

La Clinique est dirigée par un conseil d'administration composé de 10 résidants du quartier élus en assemblée générale (6 citoyens francophones, 4 citoyens anglophones) et d'un représentant du

personnel dont la nomination doit être ratifiée par l'assemblée générale. La directrice générale assiste d'office aux réunions du conseil d'administration, mais elle n'a pas le droit de vote. Le conseil d'administration relève de l'assemblée générale qui est «souveraine» (dans les limites de la marge de manoeuvre laissée par le ministère). Parmi les résidants, on retrouve un chômeur ex-propriétaire d'un dépanneur, un architecte, une préposée aux bénéficiaires, un retraité, deux ménagères. Un rapide relevé des présences révèle une assiduité forte de 4 à 7 citoyens, de la représentante du personnel et de la coordonnatrice générale, ainsi que d'invités tels que coordonnateurs et employés.

Le comité de sélection a établi des critères où la priorité est donnée, à compétence égale, aux résidants du quartier, et ce indépendamment du diplôme scolaire. C'est pourquoi 60 % des employés résident dans le quartier. Le directeur de la clinique a longtemps été une personne de Pointe-Saint-Charles (sans diplôme de l'ENAP...) La participation populaire des citoyens du quartier prend aussi la forme d'une implication dans les programmes; environ 25 personnes gravitent dans ces comités. Le conseil d'administration peut compter sur un réseau support d'environ 150 personnes.

L'action de la Clinique est supportée, selon un répondant, par 10 % de bénévoles et de militants divers, dont ceux mentionnés dans les comités administratifs et dans Action-Santé. De plus quelques personnes âgées donnent beaucoup de temps à la Clinique.

Le budget

La Clinique dispose d'un budget qui se décompose ainsi : au titre de la subvention de fonctionnement, le Ministère fournit une somme de 2 millions; à cela s'ajoute les revenus tirés de la régie de

l'assurance-maladie du Québec et qui vont alimenter le fonds social pour un montant, en 1986, d'environ 367 000 $. Ce fonds est en net déclin car il est constitué à partir des revenus de la «castonguette» (la régie d'assurance-maladie du Québec) versés à la Clinique pour les actes posés par le médical. Or, le nombre de médecins est à la baisse depuis novembre 1985. La marge de manoeuvre de la Clinique s'en trouve réduite.

Cette marge de manoeuvre n'en est pas pour autant inexistante. La Clinique réussit à réduire ses coûts de fonctionnement administratif et ses dépenses diverses de 10 % environ, en limitant au minimum des éléments luxueux ou les frais de représentation; ainsi elle arrive à accroître son aide à des organismes du quartier. De plus, elle réussit à dispenser des services en payant des organismes du quartier dans le cadre de contrats de service. Enfin, la Clinique répartit autrement, dans le cadre de la convention collective, la masse salariale entre ses employés, en accord avec le syndicat, affilié à la CSN.

La convention collective, le syndicat

L'échelle des salaires est originale. L'ancienneté n'y est pas reconnue et le diplôme n'y joue aucun rôle. L'échelle est à 4 niveaux et deux niveaux tiennent compte des responsabilités familiales. L'autre élément d'innovation est l'écart réduit entre les différentes échelles. À titre d'exemple : un salarié qui travaille à l'accueil et qui a la charge complète de 2 enfants a un revenu annuel d'environ 23 000 $ tout comme l'infirmière qui a la charge d'un enfant, avec une différence d'environ 300 $ au profit de cette dernière. Le troisième niveau qui inclut le dentiste et l'optométriste se situe à 32 600 $ environ, et l'échelle la plus élevée, celle des médecins, est à 40 000 $,

depuis environ 6 mois; auparavant elle était à 33 441 $. Les coordonnateurs se retrouvent environ au 2e niveau, alors que la coordonnatrice générale gagne aux environs de 32 000 $.

Il est à noter que par rapport aux salaires payés par les CLSC, les employés de la première échelle sont très avantagés, à l'exception de ceux qui ont une forte expérience dans le métier concerné. Par contre, les infirmières avec une grande expérience estiment qu'elles reçoivent environ 100 $ de moins par semaine tout en étant de garde durant certaines fins de semaine (ce qui n'a pas lieu dans un CLSC). Ces divers personnels n'apprécient guère les affirmations trop rapides à l'effet que seuls les médecins gagnent beaucoup moins qu'ailleurs.

Le syndicat a accepté de lier les augmentations de salaire aux résultats financiers de la Clinique. Il a déjà convaincu le personnel de remettre des augmentations d'environ 600 $ et des journées de travail pour éviter des déficits, et permettre plus de réalisations locales au service des citoyens.

Les médecins sont aussi des salariés de la Clinique. À l'embauche, ils signent une renonciation aux fruits des actes facturés à la RAMQ. Cette dernière accepte de verser les montants des honoraires à la Clinique. Ces sommes alimentent le fonds social qui permet de payer le salaire des médecins et les médicaments aux familles du quartier qui sont dans le besoin.

Les médecins, à titre de salarié, sont regroupés depuis plusieurs années dans le syndicat des travailleurs et travailleuses de la Clinique, affilié à la CSN. Leur salaire, qui était d'environ 33 000 $ au milieu de l'année 1985, ainsi que les conditions de travail, sont négociés par des représentants communs à tout le personnel tant professionnels que non professionnels. Le principe

de base, apparu à la fondation du syndicat, est de ne pas créer deux catégories de personnel et ainsi de ne pas reproduire la hiérarchie habituelle chez les salariés.

En novembre 1985, après un long conflit et une négociation qui a échoué, 4 médecins donnent leur démission et quittent. Il ne reste alors qu'une (femme) médecin à temps plein et un psychiatre payé à temps partiel par l'hôpital Douglas, un autre médecin est en congé-maternité. Le recrutement de médecins constitue depuis le principal problème de la Clinique.

. . .

Les liens avec les organismes du quartier

«Extraordinaire». Tel est le qualificatif qui décrit le mieux la pensée des gens interviewées à propos des relations entre la Clinique communautaire et les organismes populaires du quartier. Une longue tradition positive de collaboration et de coopération avec les organismes du quartier est mentionnée. Nous pouvons parler d'une réelle synergie, car il s'agit d'une même histoire où les mêmes personnes collaborent dans ces différents organismes. Ainsi la tendance à l'absorption, à la récupération est peu présente à Pointe-Saint-Charles. Même si certains regrettent une concertation parfois trop limitée au seul moment de crise. En général, la Clinique a fourni un appui majeur aux organismes populaires, ce qui évite de petits affrontements quotidiens qui font souvent le malheur des organismes populaires tels que recherche de lieux où faire de la photocopie, recherche de petits financements, etc. La Clinique a créé elle-même beaucoup d'organismes. Exemple : le comité de santé (qui est un comité des programmes de prévention) a créé voici quelques années le service bénévole du troisième âge. La Clinique a appuyé des projets majeurs dans le quartier : le projet de développement économique

communautaire appelé Programme économique populaire, un regroupement de femmes appelé «Madame prend congé», et le projet St-Charles, programme de réaménagement du logement qui a mobilisé autour de 200 personnes. Ces exemples montrent que la Clinique a réussi à mobiliser les forces du quartier sur le danger de destruction en faveur de grands projets domiciliaires ou de grandes zones industrielles nouvelles. La Clinique, selon certains interviewés, est un lieu où mijotent les nouveaux projets des organismes populaires.

Un autre facteur mentionné qui permet des relations saines est l'indépendance financière par rapport à la Clinique, dont jouissent certaines associations locales tel que le Carrefour d'éducation populaire, la Maison St-Colomba qui regroupe des services destinés principalement aux anglophones. Cette indépendance permet une liberté de critique. D'autres organismes populaires sont dans une situation opposée. Ces organismes veulent être «récupérés» par la Clinique communautaire afin d'obtenir une plus grande stabilité. La Clinique refuse cette demande parce qu'elle tient à ce que ces organismes conservent leur indépendance.

Les critiques entendues se situent à plusieurs niveaux. La collaboration offerte par la Clinique est parfois jugée comme étant devenue trop exclusivement l'affaire de spécialistes tel que organisateur spécialisé en question du logement, ou pour personnes âgées ou de l'aménagement urbain. Lors de ces échanges dans l'action, il y a peu de représentation des usagers eux-mêmes ou de leurs élus au conseil d'administration, et peu de présence des autres employés de la Clinique. Ainsi ce n'est plus la Clinique elle-même qui serait impliquée dans ces dossiers, mais seulement ses employés «spécialistes», (même si le conseil d'administration a voté l'appui à ces actions). Ce modèle avait, voici plus de 10 ans, été refusé par la Clinique.

Une seconde dimension fait l'objet de critique, c'est le peu de présence de la Clinique dans les assemblées générales telle celle de la Caisse populaire où autrefois il y avait tout un bouillonnement. Selon une personne, chacun veut trop créer aujourd'hui sa petite «bébelle» et se sert de la Clinique un peu comme «vache à lait». Enfin, dernière dimension à cette critique, le prêt de personnel à des organismes serait souvent décidé sur la seule base des évaluations faites par les employés. En d'autres mots si certains employés n'apprécient pas tel ou tel organisme alors l'aide de la Clinique ne sera pas accordée.

Un autre problème a trait au rapport entre les employés de la Clinique et les employés des autres organismes qui ne bénéficient pas des mêmes salaires et conditions de travail.

Les liens avec le réseau public

La représentation majoritaire des citoyens au conseil d'administration de la Clinique fait en sorte que les représentants des différentes institutions du réseau n'y ont pas accès. On peut donc se demander par quel mécanisme le lien avec le réseau se fait dans la Clinique de Pointe-Saint-Charles. Les liens se font par les médecins qui ont des contacts dans tel ou tel hôpital et aussi par les coordonnateurs qui sont en contact avec différentes instances. Ainsi il y a une concertation dans le cadre d'une commission sous-régionale des directeurs de CLSC (où la clinique est admise), dans le comité de liaison du maintien à domicile et par la table de concertation sous-régionale pour les services de première ligne (regroupant CLSC, CSS et CH). La position de la Clinique est difficile à tenir. Elle est plus dangereuse qu'autrefois car elle est moins tranchée et doit permettre de s'insérer dans le réseau tout en gardant l'autonomie

de la Clinique. Les établissements la voient souvent comme les avocats des patients. De plus, les institutions du réseau lui reprochent de déléguer du personnel non-cadre.

Souvent cette concertation s'est faite d'une manière informelle, par des contacts entre les délégués de la Clinique et des employés du réseau public qui se trouvaient en complicité avec le projet de Pointe-Saint-Charles dû au fait qu'ils étaient d'ex-employés d'organismes ayant une perspective communautaire. Par exemple au CRSSS, grâce à des relations personnelles («contacts») la Clinique a été «imposée» au département de santé communautaire qui au départ ne voulait rien savoir d'une collaboration avec la Clinique.

L'évolution est donc jugée satisfaisante même si elle se situe aujourd'hui dans un cadre beaucoup plus structuré. Il y a donc de bons rapports dans les services quotidiens, par exemple avec l'hôpital des enfants de Montréal, avec le DSC de Verdun, avec différents hôpitaux, surtout anglophones, et avec le centre hospitalier Douglas, qui maintenant va jusqu'à fournir directement du personnel à la Clinique et en respecte l'autonomie. La fédération des CLSC respecte, elle aussi, de plus en plus, cette différence, et sa suspicion semble estompée.

Un centre contrôlé par les citoyens ?

Le pouvoir des employés est plus important qu'avant. Mais il n'a pas éliminé celui du citoyen. Il est affaibli et limité par plusieurs facteurs. Mais il existe toujours. Les citations suivantes en font foi : «il faut se battre, c'est notre clinique à nous, on peut obtenir ce qu'on veut»; «on peut toujours aller au

conseil d'administration quand il y a de mauvais services; «notre statut légal permet une reprise du pouvoir par les citoyens»; «l'espoir existe toujours; ce contrôle par les citoyens est réactualisable si les citoyens sont encouragés et si le personnel se réveille».

La représentation majoritaire des citoyens au conseil d'administration ainsi que la place centrale des citoyens dans divers comités (sélection, négociation) et dans les différents programmes font en sorte que les citoyens ont le droit d'aller à l'encontre du personnel, même s'ils le font peu souvent en pratique.

Cela permet une approche vraiment globale car les citoyens sont proches des problèmes du quartier du fait qu'ils y habitent, qu'ils rencontrent des patients, qu'ils rencontrent régulièrement d'autres résidants du quartier. D'autres jugent que cela n'a que peu d'effets sur la qualité sauf d'une façon peut-être partielle, c'est-à-dire dans le suivi, l'accueil, la présence du travail communautaire, la présence des organisateurs communautaires dans le quartier. Cette représentation majoritaire a par exemple permis aux citoyens d'imposer les programmes de maintien à domicile malgré les opinions plutôt défavorables du personnel, ou encore de défendre une position souple face à l'option CLSC.

Le contrôle des citoyens c'est aussi le comité de sélection où les citoyens ont réussi au fil des ans à exercer un pouvoir. Ce poids des citoyens dans la sélection conduirait parfois à un choix de personnel plus conservateur que dans certains CLSC. Mais l'avantage est de mettre un pouvoir réel aux mains des citoyens.

Tous reconnaissent que les citoyens occupent une place. Certains voient cette influence dans l'accueil qui est plus chaleureux, dans la polyvalence des intervenants, dans des services beaucoup plus enracinés dans le quartier, telles les travailleuses communautaires. L'unanimité est faite autour de l'impact du travail en santé mentale qui demeure une des preuves de l'efficacité de la Clinique.

Même si le contrôle des citoyens n'est plus ce qu'il était à la Clinique, le pouvoir de ces derniers demeure quand même une «bouée, une sonnette d'alarme pour les employés, une sorte de deuxième réflexe qui permet d'aller voir d'autres gens que des gens du personnel».

Le conseil d'administration décide de l'orientation de la Clinique, la coordination et le personnel décident de la gestion du court terme en tenant compte des exigences auxquelles ont toujours tenu absolument les citoyens, et ces deux grands partenaires tentent de gérer ensemble le moyen terme, où le conseil d'administration est souvent débordé sur ce terrain. Un citoyen affirme son désaccord avec les propos précédents en disant «souvent, trop souvent, les citoyens sont de la petite monnaie» (token money).

Enfin on s'inquiète de la relève du côté des représentants des citoyens dans le quartier. Aussi il est signalé l'absence de gratifications pour les bénévoles, ce qui limite leur engagement dans les divers comités de la Clinique. Ces gratifications pouvant être soit une carte de voeux à l'occasion d'un événement dans leur famille, soit un party, soit une forme de bonus.

Par rapport au ministère la marge de manoeuvre existe toujours. Elle est plus grande que celle d'un établissement du réseau public. Mais elle s'est réduite avec les années.

Les principaux éléments de cette marge de manoeuvre évoqués par les interviewés sont :

- la représentation majoritaire de la population au conseil d'administration, qui permet d'instaurer des mesures originales telles que les services du minibus, les médicaments gratuits, les soins dentaires, les programmes tels Action-Santé, l'appui aux groupes du quartier, les postes de travailleuses communautaires;
- la sélection effectuée majoritairement par les gens du quartier;
- l'existence du fonds social et sa gestion autonome;
- l'utilisation du budget de fonctionnement à l'intérieur des normes gouvernementales qui permet une autre répartition de la masse salariale, des économies qui sont reversées en partie à des groupes de quartier sous diverses formes;
- et, surtout, la capacité de mobilisation des gens pour défendre leur quartier.

Cette capacité de mobilisation a permis des victoires importantes, surtout pendant les premières années. Mais elle diminue. C'est cette baisse qui explique, selon des interlocuteurs, l'auto-censure que s'est imposée récemment la Clinique en rabaissant ses exigences par rapport aux programmes de maintien et de soins à domicile, de santé dentaire, de santé-sécurité au travail. Les employés interviewés pensent que l'introduction de ces programmes gouvernementaux a favorisé un éclatement des équipes. La Clinique aurait pu refuser certains de ces programmes au lieu de les accepter en bloc. C'est la plus faible capacité de mobilisation de la population qui expliquerait cette attitude qui conduit à une évasion progressive de la marge de manoeuvre de la Clinique par rapport au ministère.

* * * * * *

Une formule généralisable ?

Ce bref compte-rendu des caractéristiques actuelles de la Clinique permet d'affirmer qu'elle constitue le seul exemple du modèle prôné par la commission Castonguay d'institution locale de santé contrôlée en partie par le milieu. Elle est une institution communautaire et une institution publique, c'est-à-dire qu'elle fonctionne selon un modèle que la plupart des organismes communautaires rencontrés rejettent aujourd'hui. Est-ce réussi ? Est-ce généralisable ? À quelles conditions ?

Est-ce réussi ? Oui si on entend par là non pas un idéal, mais la réalisation d'un équilibre toujours fragile et toujours menacé entre les programmes de santé et de services sociaux du gouvernement central et leur adaptation à une population locale. Oui par rapport aux critères énoncés en introduction à ce chapitre. Car autant par l'originalité et l'adaptation des services, par leur façon de les dispenser que par son mode de fonctionnement, par sa solidarité avec le milieu local, tout en «faisant son devoir» face aux programmes du ministère, cet organisme se distingue du «modèle» CLSC courant.

Cette solidarité et cette sensibilité se manifestent par : la santé mentale, l'optométrie, la dentisterie, les médicaments, les travailleuses communautaires issues du quartier, les multiples liens avec les organismes communautaires, le minibus, etc. Le mode de fonctionnement et de financement permet de tels services. Il est aussi une illustration impressionnante de cette solidarité : échelle de salaires qui favorise les employés qui viennent du quartier et permet d'autre part, avec le même montant d'argent qu'un CLSC, de fournir aux usagers des services additionnels qui correspondent aux conditions particulières de ce milieu à faible revenu. Solidarité des employés et du syndicat

qui se manifeste parfois par des coupures de salaires volontaires. Respect du pouvoir et de la légitimité du conseil d'administration et de l'assemblée générale qu'on pourra souvent contester[1] mais dont on n'a jamais remis en question la légitimité depuis dix-huit ans. D'ailleurs, cette solidarité avec le quartier se manifeste même dans les critiques qui sont faites à la Clinique : a-t-on vu souvent un citoyen reprocher à un CLSC de ne pas suffisamment s'impliquer dans la Caisse populaire ? Ces critiques montrent le degré élevé d'attente de la part des citoyens, attente qu'on ne peut avoir que face à un organisme qu'on considère comme appartenant d'une certaine façon à la communauté. Le peu d'importance accordée au diplôme, le fait qu'une personne du quartier ait longtemps dirigé la Clinique sont autant de témoignages qui vont dans le même sens.

Malgré toutes ces caractéristiques, la Clinique est cependant une institution publique qui dispense globalement, on l'a vu, les mêmes programmes qu'un CLSC. Elle respecte son contrat avec le ministère, et fournit des services de qualité au moins équivalente à ceux des CLSC (une si brève enquête ne permet évidemment pas d'évaluer cet aspect, qui ne semble cependant pas faire de problèmes). Bien plus, ses relations avec les autres établissements, dans des programmes concrets et souvent originaux, sont impressionnantes. Elles sont multiples. Mentionnons seulement ici le programme dans le domaine de la santé mentale, qui existe depuis 10 ans, en collaboration avec un hôpital, et qui semble aujourd'hui se répandre dans les CLSC. Certes, dans l'état actuel du réseau public, cette collaboration ne va pas sans causer de problèmes, qui sont peut-être toutefois plutôt à l'honneur de

---

1. Ce qui est tout à fait normal. Ce n'est pas parce que l'on conteste, par exemple, le maire Drapeau, qu'on remet en question les pouvoirs du conseil municipal...

la Clinique. Ainsi, lorsque, sur des tables de concertation, on reproche à son représentant de trop souvent être l'avocat des patients...

Est-ce généralisable ? Précisons d'abord que pour nous aucun modèle est généralisable. Mais il est peut-être possible de s'en inspirer... Pour répondre correctement à cette question, une étude beaucoup plus fouillée de la Clinique serait nécessaire. On peut cependant suggérer ici quelques pistes en se posant la question : à quelle condition cette expérience a-t-elle survécu depuis tant d'années ? D'abord il faut dire que ce modèle est tellement éloigné du reste du réseau public et, aussi des cliniques privées, qu'il suppose une grande implication de la part de ceux qui s'y engagent - autant les employés que les citoyens - pour résister au milieu ambiant. Il s'agit déjà d'un aspect qui ne peut que rendre l'expérience fragile. La Clinique existe grâce à ce partenariat entre le milieu et les employés, cette alliance qui implique une grande mobilisation d'énergie. Cela se concrétise dans l'existence du conseil d'administration et de son pouvoir, du côté des citoyens. Du côté des employés, cela se concrétise par leur engagement, l'acceptation de salaires inférieurs, etc. Or des deux côtés, l'équilibre est difficile à maintenir. Du côté des citoyens, une telle mobilisation n'est pas une situation normale. Elle est normale pour «gagner» une institution, pour la défendre en temps de crise; mais elle est trop élevée pour un mode de fonctionnement habituel, pour un rythme de croisière. Ou en tout cas les gratifications ne sont pas proportionnées au degré élevé de mobilisation qui est demandé aux citoyens.

Du côté des employés, les échelles de salaire, l'implication entraînent des conséquences de plus en plus lourdes à porter avec les années, et qui rendent l'engagement personnel d'autant plus élevé. En effet, s'il est fort facile, par exemple, d'accepter

que l'ancienneté ne constitue pas un critère pour fixer les salaires lorsque l'on crée un nouvel organisme et que l'on a 20 ans, la situation est fort différente 20 ans plus tard.

Or cet engagement, cet esprit, cette implication, cette foi, qui est de plus en plus nécessaire, est peut-être de plus en plus difficile à maintenir dans la mesure où la Clinique est une «institution» qui grossit et tend à se bureaucratiser. Le lien entre le quartier, (la population) et les employés est ce qui nourrit l'esprit de la Clinique. Il risque actuellement d'être menacé par la croissance, la grosseur de la Clinique et par le poids de plus en plus élevé de l'engagement pour les partenaires. La bureaucratisation éloigne les employés de la population et rend difficile le maintien de cette adhésion commune. Ainsi le remplacement du directeur général issu du quartier par des personnes extérieures au quartier rend plus difficile cette alliance qui est fondée entièrement sur la crédibilité, et non sur les procédures bureaucratiques.

C'est pourquoi la Clinique est actuellement dans une situation difficile suite à la démission de quatre médecins en décembre 1985. Pour la première fois dans son histoire, cet équilibre fragile entre ce que chaque partenaire donne et reçoit de la Clinique a été rompu. Les médecins ont considéré que leur contribution relative était déséquilibrée, disproportionnée par rapport à celle des autres partenaires. Ou alors peut-être n'étaient-ils plus d'accord pour donner autant à un organisme auquel ils croyaient moins, dans la mesure où ils peuvent peut-être réaliser la même chose ailleurs ?

Cela montre que le modèle de la Clinique n'est pas généralisable dans la mesure où il implique un degré d'implication, d'énergie, de mobilisation exceptionnelle de la part des partenaires. Mais le noyau central de cette alliance entre la population et le

quartier, c'est-à-dire le conseil d'administration et son pouvoir, ainsi que l'assemblée générale souveraine, sont un élément qui est généralisable partout où les citoyens voudraient bien le soutenir. Il supposerait toutefois une plus grande latitude, une plus grande marge de manoeuvre par rapport au gouvernement afin, notamment, d'accroître la gratification, ne serait-ce qu'en termes de prestige qu'accorde un poste où l'on a réellement du pouvoir.

La Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles montre qu'un conseil d'administration composé en majorité d'usagers est possible, qu'il donne des résultats significatifs, positifs pour le milieu, sans pour autant menacer les acquis ni nuire à la collaboration entre l'organisme et les autres établissements du réseau public. Mais cette expérience d'un conseil d'administration qui donne le pouvoir à la population repose sur une telle exigence de mobilisation qu'elle n'est pas généralisable dans l'état actuel de la division du pouvoir entre le ministère et les établissements.

CONCLUSION

Au départ nous avions mis les chances de notre côté en ne retenant que des expériences de relations qui avaient déjà la réputation d'être «réussies». Bien sûr, nous n'avons trouvé aucun modèle idéal qu'il suffirait de proposer en conclusion. À l'inverse nous n'avons pas non plus été confrontés à des échecs retentissants.

Chaque monographie nous met en contact avec une expérience globalement positive. Plusieurs sont appelées à évoluer dans un proche avenir. À cette étape, rien ne permet de préjuger du sens de ces évolutions. En outre, il serait illusoire de tenter de les ordonner en fonction du degré de réussite. Il n'existe pas une telle chose qu'une échelle de la réussite.

Ce qui est le plus commun à ces six expériences : c'est que, à chaque fois, elles reposent sur la capacité d'adaptation à des situations exceptionnelles, à des configurations particulières de forces locales, à des combinaisons variées de statuts corporatifs, etc... Même si elles furent parfois déclenchées par des employés du réseau public, ces expériences ne sont pas d'abord le produit de la recherche des innovations professionnelles. Elles résultent de la capacité de tenir compte du «local» dans ce qu'il a de très particulier et dans ce qu'il a d'instable. En ce sens, ce ne sont pas des recettes à reproduire sans souplesse.

Chaque monographie apporte des enseignements particuliers par rapport à cette constatation générale. Nous ne voulons pas, en conclusion, les répéter ou en dresser une liste. Nous tenterons plutôt de dégager de manière très synthétique les principales conditions qui permettent à des organismes du milieu de s'imposer comme des interlocuteurs obligatoires et valables au réseau

public. Car, sans pour autant nier le rôle très actif et souvent déterminant d'employés, de cadres ou de responsables politiques d'établissement, il faut aussi constater que les expériences réussies de relation ne sont jamais un don du Réseau. Au bout du compte, elles s'avèrent le plus souvent le prolongement des caractéristiques de l'organisme hors réseau public ou de ses stratégies d'action.

* * * * * *

La crédibilité de l'organisme du milieu est à la base de la mise en oeuvre de toute relation harmonieuse avec des établissements, qui ont pour eux la légitimité de l'État. Cette crédibilité est beaucoup plus efficacement établie lorsqu'elle fait appel à la vie démocratique de l'organisation communautaire que lorsqu'elle s'appuie sur la prétention à une certaine «compétence professionnelle».

Le cas de Pointe-Saint-Charles est probant. C'est parce que son conseil d'administration est composé majoritairement de citoyens du quartier que la Clinique est autre chose qu'un CLSC et qu'elle a pu imposer son originalité au réseau, la faire accepter par des établissements comme le département de santé communautaire et des hôpitaux et la transposer dans une expérience novatrice comme Action-Santé.

S'il est le plus probant, le cas de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles n'est pas le seul. Pour viabiliser certains programmes du CLSC Magdebourg on a fait appel à des réseaux d'organisations «de masse». Comment s'objecter à l'évaluation interactive faite par Parrainage Joachim, une organisation dominée

par les bénévoles dans sa direction et dans l'action. En récupérant son conseil d'administration autonome, composé majoritairement de personnes âgées, Ainés Inc. forçait le CLSC du quartier de l'Exposition à s'intéresser à la formule du contrat de services.

Dans certaines situations, les mécanismes classiques de la démocratie représentative sont difficiles d'application. C'est tout spécialement le cas lorsque la clientèle de l'organisme communautaire est faite de psychiatrisés. À ces occasions, des mécanismes soutenus d'évaluation de la pertinence des services offerts ou de l'utilité des actions menées peuvent être utilisés avec profit comme stratégie de remplacement. On pense ici à la Maison Lapalme qui a été capable de s'ajuster plus d'une fois. On pense aussi à Parrainage Joachim qui ajoute aux mécanismes démocratiques l'évaluation par les bénévoles de l'utilité de l'évaluation interactive.

Cependant, certains organismes communautaires vivent autrement leur implantation dans un milieu ou auprès d'une clientèle. Ainsi, les intervenants sociaux du quartier Stanislas, la Maison Anaïs et, avec la nuance faite au paragraphe précédant, la Maison Lapalme sont des organisations de «permanents» qui prétendent faire mieux, autrement et à meilleur prix. Cette stratégie consiste souvent à faire valoir la supériorité de l'expérience de la vie sur la formation académique.

Une telle concurrence pour la reconnaissance professionnelle inspire, naturellement, un caractère d'instabilité à la relation entre l'organisme communautaire et l'établissement. Bien entendu, les employés du réseau public se sentent plus directement concernés puisque l'on veut revoir à la baisse leurs définitions de tâches. Ils prétendent aussi à leur tour que ceux qui veulent

ainsi les concurrencer sont en mal d'intégration au réseau public; il suffirait de les syndiquer et de les payer directement par l'État pour que fonde, comme glace au soleil, le caractère communautaire de leurs entreprises. Ce en quoi ils n'ont pas toujours tort.

La relation inter-organisationnelle ne peut aspirer à une certaine permanence que s'il y a un partage assez net des clientèles. À compter de ce moment on assiste, de la part des établissements, à la reconnaissance des «habiletés particulières» de l'autre. Cette situation a prévalu au plan idéologique dans le cas du CLSC Stanislas et a présidé au partage des sphères d'activités entre la Maison Anaïs et certains établissements. Mais l'histoire de cette Maison montre aussi que ce genre de partage peut se défaire aussi vite qu'il a été conclu.

Les exemples analysés ne s'accompagnent pas tous d'une réputation qui résiste aux intempéries de la bureaucratie. Car, pour excuser les difficultés de s'entendre, on invoque facilement les contraintes du réseau public. Rappelons le cas du CLSC Stanislas où on insiste beaucoup pour rappeler que le CLSC a une mission à remplir et que cette mission est encadrée pas à pas par le ministère ou le Conseil régional. Comment donc y introduire l'idée du contrat de services ?

* * * * * *

Or, les monographies révèlent que si les règles bureaucratiques du réseau des Affaires sociales posent, à n'en pas douter, des obstacles à l'établissement d'harmonieuses relations de collaboration, elles ne sont pas un empêchement ferme. Le réseau

public est bureaucratique; ; mais il n'est pas rigide. C'est ainsi que les réussites décrites dans les chapitres précédents se font dans les interstices des règles établies. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles n'a pas encore été transformée en CLSC. Le CLSC Stanislas tient plus d'assemblées publiques que ne l'exige sa charte. La reconnaissance informelle de la Maison Anaïs est le produit d'une application toute en nuance de la loi. La Maison Lapalme a un fiduciaire qui ne semble pas vouloir jouer d'autorité. L'engagement du CLSC Magdebourg dans la prévention à la ferme s'inscrit dans la marge de manoeuvre des professionnels.

Les organismes communautaires peuvent aussi, comme organisation, s'aménager des marges de manoeuvre. La première façon d'y arriver est de faire appel à la politique, selon l'une des deux démarches suivantes. (1) S'adresser aux élus (au député) pour qu'ils fassent légitimer l'exception : la Maison Lapalme a utilisé ce moyen avec succès; (2) dans ses rapports avec les établissements, privilégier ceux qui impliquent les responsables politiques (le conseil d'administration) : Parrainage Joachim offre un bon exemple de ce type de cheminement.

La seconde façon, beaucoup plus courante puisqu'on la retrouve dans toutes les expériences réussies de relations, consiste à partir de la réponse à des problèmes concrets - souvent des besoins nouveaux auxquels le réseau public ne répond pas ou répond mal - pour se fabriquer une «marque de commerce». C'est-à-dire, offrir des services de qualité, personnalisés et si bien adaptés aux besoins de la clientèle qu'elle se mobilisera, si nécessaire, pour les défendre.

Il faut noter cependant que cette marque de commerce n'est pas l'équivalent de l'innovation selon les canons du professionnalisme. Il se peut que les deux aspects se recoupent,

comme dans le cas de la Maison Lapalme avec sa psychiatrie alternative. La question de l'innovation peut se poser après coup, lorsque le succès de l'entreprise est devenu évident (Prévention à la ferme au CLSC Magdebourg). Mais dans d'autres cas, les professionnels trouvent que l'organisme manque de perspectives (CLSC Stanislas) ou que, parfois, les citoyens sont conservateurs (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles).

* * * * * *

L'expression de ce type de résistance nous alerte au fait qu'il ne suffit pas de se tailler une marge de manoeuvre par le jeu de la politique ou en forgeant un service essentiel. Pour franchir le stade de la collaboration ponctuelle et amener les relations réseau/milieu sous le signe de la continuité et d'une relative permanence, il faut (1) dépasser les connivences individuelles et (2) éviter la dépendance institutionnelle.

L'ouverture d'esprit, les qualités de leadership et la bonne volonté d'individus remarquables sont des facteurs importants de la réussite des expériences de relations analysées dans notre recherche. Plusieurs réussites sont, dans leur phase initiale, attribuables, pour une large part, à l'action judicieuse d'individus (parfois même d'un seul) qui, avant d'être des employés du secteur public, ont milité dans les organisations communautaires (groupes populaires, cliniques populaires et autres groupes de service, maison de femmes,...). Avant d'être caractéristiques des organisations, les bonnes relations sont, nous dit-on, «portées» par des individus. Cependant, si elle est utile, peut-être même nécessaire, cette action individuelle n'est pas suffisante. Les relations réussies qui durent sont celles qui dépassent les échanges personnalisés qui souvent, malgré qu'ils

bénéficient d'une bienveillante approbation, s'effectuent en marge des directions des établissements.

Par exemple, l'incertitude qui pèse sur l'avenir des relations entre le CLSC Stanislas et les «intervenants sociaux» du quartier ou sur la poursuite de la reconnaissance implicite de la Maison Anaïs, n'est pas sans rapport avec la trop grande place qu'y occupent encore les individus. Il faut savoir développer des mécanismes qui donnent plus de profondeur aux relations et qui leur impriment une perspective de plus longue échéance. L'exemple du contrat de services entre Ainés Inc. et le CLSC du quartier de l'Exposition est, probablement, le plus convainquant. Mais, les formules sont nombreuses et d'un niveau de contrainte variable.

Ainsi, à l'instar de ce qui s'est fait dans le comté de Magdebourg, on peut créer des structures parallèles de gestion de la collaboration (Comité de citoyens du 3e âge, Comité de prévention à la ferme). La Maison Lapalme profite de l'intégration à son conseil d'administration de «représentants» du réseau, au point de songer à en accroître le nombre. La Maison Anaïs fait aussi appel à ce type d'implication, quoique sur une base plus informelle. Poursuivant encore ici sa démarche plus politique, Parrainage Joachim s'infiltre partout et s'organise pour siéger sur le maximum de conseils d'administration.

L'éclosion de ces mécanismes est plus probable lorsque la raison d'être ou la survie de l'organisation communautaire ne dépend pas entièrement du réseau public. C'est tout particulièrement la question du financement des organisations qui est posée ici. Toutefois, il y a plus.

L'autonomie dont profite la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, avec son statut de quasi-CLSC, est le produit de la tradition d'organisation populaire, qui a marqué ce quartier depuis plus de vingt ans et dont la Clinique est devenue l'un des pivots. Dans Magdebourg, les partenaires hors-réseau de la collaboration pragmatique ne sont pas forcés de s'associer au CLSC. D'ailleurs, la majorité de leurs activités ne sont pas liées à l'objet de leur relation avec le réseau des affaires sociales. En contrepartie, le partenariat du CLSC Stanislas arrive difficilement à se matérialiser. Comment, en effet, dans un quartier sans tradition profonde d'organisation populaire, convaincre le CLSC de remettre le champ de l'action communautaire à des intervenants sociaux peu susceptibles de générer une dynamique en ce sens ?

En d'autres termes, la conclusion de relations égalitaires de complémentarité entre un établissement du réseau et des organismes ou des associations se fait plus naturellement lorsque chaque partenaire à sa zone d'indépendance. C'est pour cela que la question du financement est critique.

Subventionnées presque à 100 % par le ministère ou ses agences, la Maison Lapalme et la Maison Anaïs sont sensibles aux changements dans l'organisation interne du réseau public. Par ailleurs, une fois la phase expérimentale complétée, le réseau public peut juger plus profitable de s'adapter à la demande nouvelle ou aux nouvelles méthodes d'intervention que de continuer à financer ses «concurrents». L'argument de la concurrence (justifiée par sa «marque de commerce») peut desservir les organismes communautaires lorsqu'ils lient tout leur avenir à une subvention discrétionnaire.

Pour contrer le danger de la dépendance financière, deux types de stratégies sont utilisées. La première consiste à ne pas rechercher et à ne pas accepter de subventions gouvernementales. C'est le cas de Parrainage Joachim et du Comité de prévention à la ferme du comté de Magdebourg. La seconde stratégie consiste à encadrer la subvention de règles écrites claires qui confirment l'indépendance administrative de l'organisme communautaire. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et les Ainés Inc., avec son contrat de services, sont de cette catégorie.

* * * * * *

ANNEXE 2

LA SÉLECTION DES ORGANISMES ET LA CUEUILLETTE DES DONNÉES

En accord avec le comité aviseur de la recherche, nous avons retenu les régions suivantes :

- les 2 grands centres urbains de Montréal et Québec
- une région périphérique à la zone urbaine de Montréal, la Montérégie
- 2 régions semi-urbaines : le Saguenay/Lac St-Jean et l'Estrie
- 2 régions éloignées : la Côte-Nord et le Bas St-Laurent/ Gaspésie

La consultation des mémoires déposés à la Commission ainsi que la référence à de nombreux documents et répertoires et le recours à des personnes ressources identifiées dans chacune des régions ont permis de répertorier le plus grand nombre possible d'associations et de producteurs hors-réseau actifs dans leur communautés respectives. Parallèlement à ce travail d'identification, nous finalisions la liste des critères de sélection devant nous assurer que les groupes rejoints couvrent l'éventail des besoins existants. Le choix des représentants dans les conseils d'administrations d'établissements du réseau devait découler de cette première sélection puisque un des critères était que les établissements retenus se situent sur les territoires couverts par les associations et producteurs préalablement désignés.

Du début juillet à la fin septembre, 101 associations, groupes, organismes et représentants de la population dans les établissements ont été rencontrés. La durée des entrevues a varié de 1 heure et demie à 3 heures et demie.

LES ASSOCIATIONS D'USAGERS

1. Critères de choix

Pour les associations d'usagers, nous avons identifié les critères suivants :

1) Milieu rural - milieu urbain, auquel vient aussi s'ajouter la dimension centre-périphérie par rapport à chacune des régions retenues

2) Présence locale - régionale - nationale

3) Associations liées à un établissement du réseau ou autonomes

4) Associations organisées sur la base du cycle de vie ou selon les principales problématiques. Ainsi nous devions nous assurer de couvrir les champs suivants :

   - les jeunes
   - les personnes âgées
   - les personnes handicapées (handicaps physiques et mentaux)
   - les personnes ayant des problèmes de santé mentale
   - les familles

5) La dimension socio-culturelle (francophone, anglophone, multi-ethniques)

6) Des associations mixtes (c'est-à-dire des droits et services)

7) Des associations actives dans les secteurs de la santé et/ou des services sociaux.

Dix-neuf entretiens ont été réalisées auprès d'associations d'usagers. Toutes les personnes approchées, sauf une, ont accepté de nous rencontrer. Le seul refus est venu de représentants avec qui nous avions convenu, parce qu'ils manquaient de temps pour nous accorder une entrevue, de leur laisser un questionnaire qu'ils devaient remplir et nous retourner. Ce questionnaire ne nous a pas été retourné, l'association ayant préféré rencontrer

directement le ministre pour lui faire part de ses recommandations.

2. Les résultats

Premier critère :

70 % des associations retenues se situent en milieu urbain et 30 % en milieu rural. Les mêmes proportions sont maintenues concernant la localisation de l'organisme par rapport à sa région : 70 % avaient leur siège au centre de la région alors que 30 % logeaient à sa périphérie.

Deuxième critère :

La moitié des associations intervenaient au niveau local (totalité des regroupements de personnes âgées), 39 % au niveau régional particulièrement en santé mentale) et 11 % au national (c'est le cas d'une association multi-ethnique et d'une autre vouée aux handicapés physiques et mentaux).

Troisième critère :

Une seule association liée à un établissement a pu être identifiée. Elle est située en milieu urbain, au centre de sa région, francophone, et non mixte.

Quatrième critère :

Nous avons retenu 1 association de jeunes, 4 de personnes âgées, 5 d'handicapés, 2 en santé mentale, 3 associations de familles, 1 multiethnique et 2 relevant d'autres problématiques, c'est-à-dire 1 club social et 1 association de citoyens.

Cinquième critère :

Au plan des caractéristiques socio-culturelles, 75 % des groupes rencontrés étaient francophones, 15 % anglophones et 10 % multi-ethniques.

Sixième critère :

La plupart des associations de défense ont tendance à fournir aussi des services. Provisoirement, nous pouvons malgré tout définir le tiers des associations rencontrés comme étant surtout de défense des droits, les autres étant mixtes.

Septième critère :

Finalement, 10 % des associations étaient actives dans le secteur de la santé seulement, 37 % dans celui des services sociaux alors qu'un peu plus de la moitié (53 %) étaient présentes dans les 2 secteurs.

Pour conclure ces propos, ajoutons que 75 % des associations retenues avaient été sélectionnées après consultation des mémoires et grâce à la collaboration des analystes de la Commission à qui nous avions demandé de nous identifier les associations qui leur avaient paru les plus actives et les plus à même de porter un jugement d'ensemble sur les services de santé et les services sociaux. Les autres associations ont été identifiées par des sources extérieures à la Commission. Le fort pourcentage d'associations identifiées par le moyen de la Commission n'a rien d'étonnant si on se rappelle que la nature même de ces organismes est de faire des représentations auprès des instances concernées.

LES PRODUCTEURS HORS-RÉSEAU

1. Critères de choix

Pour les organismes de services, nous avons retenu les critères suivants :

Soit, certains comme pour les associations :

1) Milieu rural-urbain et la localisation (centre-périphérie) dans la région

2) Présence locale - régionale - nationale

3) Des organismes oeuvrant dans différents champs d'intervention (les mêmes que pour les associations)

4) La dimension socio-culturelle

5) Des organismes couvrant le secteur de la santé et des services sociaux.

Soit, un autre, spécifique :

6) Des groupes d'entraide, direct ou de soutien, et des producteurs de services traditionnels ou nouveaux.

À l'origine, 20 organismes de services devaient être retenus, mais il nous a été impossible de s'en tenir à ce nombre compte tenu de la multitude de ces organismes existant à travers le Québec et intervenant dans tous les secteurs de la santé et des services sociaux. Le nombre de groupes a donc été doublé (42). Pour ce faire, nous avons augmenté de 10 le nombre total d'entretiens prévus initialement, et diminué d'autant le nombre de représentants d'établissements rencontrés. Les centres d'accueil ont seul subi une baisse significative, la variété des situations apparaissant moins grande que prévue. C'est pourquoi même si nous avons effectué 10 entretiens de plus que prévus initialement (100

au lieu de 90) le nombre de représentants d'établissement est, lui, inférieur (42/50).

2. Les résultats

Premier critère :

65 % des organismes rencontrés proviennent de milieux urbains et 35 % de milieux ruraux. La moitié d'entre eux sont situés au centre des régions retenues alors que l'autre moitié donne des services à leur périphérie.

Deuxième critère :

La grande majorité de ces groupes (88 %) réserve leurs services à la population locale, les autres desservant une plus grande partie de la région. Aucun n'intervient au niveau national, ce qui serait d'ailleurs plutôt surprenant pour des organismes communautaires.

Troisième critère :

Les organismes retenus se partagent comme suit : 5 intervenant auprès des femmes, 5 des jeunes, 4 d'alcooliques, 5 centres de bénévolat, 4 de maintien à domicile, 3 groupes en santé mentale, 4 parents-enfants, 3 d'handicapés, 2 centres de santé, 1 de déprimés et 6 intéressés par d'autres problémes (telles hommes violents, soutien aux chômeurs, info-consommation et ex-détenus).

Quatrième critère :

Tous sont francophones. Toutefois comme des associations de défense non francophones dispensent aussi des services, les

non francophones pourront aussi être analysés en tant que producteurs.

Cinquième critère :

Les groupes interviewés sont actifs dans une proportion de 64 % dans le secteur des services sociaux, 26 % tant dans la santé que dans les services sociaux et 60 % limitent leurs services à la santé. On doit toutefois noter que selon une définition plus large de la santé la proportion se modifierait. L'analyse apportera les nuances nécessaires.

Sixième critère :

Près du tiers sont des groupes d'entraide - surtout direct. Seul un groupe pour conjoints d'alcooliques apporte du soutien aux proches. Les 2/3 des groupes de services offrent des services nouveaux. Les autres sont plutôt traditionnels. Ce sont surtout les services destinés aux femmes, aux jeunes, aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ainsi que ceux classés «autres» qui innovent et ce, tant par le type de services offerts que par l'approche privilégiée.

Finalement, la sélection des 2/3 des organismes a été faite à partir de sources extérieures à la Commission. Le dernier tiers avait déposé des mémoires à la Commission.

LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU

1. Critères de choix

Pour les établissements du réseau et les représentants des usagers siégeant dans les conseils d'administrations de ceux-ci, nous

avons identifié les critères suivants, selon les types d'établissements :

- Centres d'accueils (C.A.)

  1) représentation des différents types de C.A.
  2) urbain-rural et centre-périphérie
  3) dimension socio-culturelle

- Centres de services sociaux (C.S.S.)

  1) centres urbains, zones périphériques et régions éloignées

- C.L.S.C.

  1) temps d'existence
  2) urbain-rural et centre périphérie
  3) dimension socio-culturelle

- Hôpitaux (C.H.)

  1) type de C.H.
  2) urbain-rural et centre périphérie
  3) taille

Le choix des 42 établissements a été plus simple puisqu'il se déduisait des deux premières sélections. En effet, chacun des établissements pour être retenu devait se situer sur le même territoire que l'une des 19 associations d'usagers ou des 42 producteurs hors-réseau. À partir de cette contrainte il ne restait qu'à s'assurer du respect des critères pré-établis. Un dernier critère a été ajouté pour sélectionner l'individu à l'intérieur du conseil d'administration : il devait avoir siégé pendant au moins un mandat complet. Le choix des personnes à rencontrer a été effectué à partir des listes des membres des conseils d'administration fournies par le Ministère. L'augmentation du nombre de producteurs hors réseau a entraîné une diminution du nombre des représentants.

2. Les résultats

- Centres d'accueils (11 retenus, 20 prévus)

Premier critère :

Nous avons retenu 11 centres d'accueil dont 6 de réadaptation pour les mésadaptés socio-affectifs, 2 de réadaptation pour personnes handicapées physiquement et mentalement et 3 d'hébergement et de soins prolongés.

Deuxième critère :

83 % des centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs sont situés en milieu urbain et 7 % en milieu rural. Cependant, cet écart se rétrécit au niveau de la localisation par rapport à la région : 66 % au centre et 33 % à la périphérie.

Les deux centres d'accueil pour handicapés retenus sont situés en milieu urbain, l'un au centre et l'autre à la périphérie.

Dans le cas des centres d'accueil d'hébergements, qui sont généralement plus petits et surtout plus dispersés à travers le Québec, le milieu rural est mieux représenté puisqu'on y retrouve 2 des 3 établissements retenus. Ces deux établissements se situent également à la périphérie de leur région.

Troisième critère :

Un des 6 centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs est choisi était destiné à la population anglophone de la région. Les autres sont tous francophones.

- Centres de services sociaux (5 sur 5)

Premier critère :

Le seul critère retenu pour cette catégorie d'établissement était la région qu'il desservait. Aussi en avons-nous retenu 2 de grands centres urbains, 1 en région périphérique et 2 en région éloignées.

- C.L.S.C. (16 retenus, 15 prévus)

Premier critère :

En suivant les grandes périodes d'implantation des CLSC nous en avons sélectionné 9 de la 1ère période (1973-1975), 2 de la période d'accalmie (1976-1983) et 5 de la dernière période, c'est-à-dire depuis 2 ans (1984-1986).

Deuxième critère :

La répartition des CLSC entre le milieu rural-urbain et entre la périphérie - le centre est relativement égale : 43,7 % rural-périphérie et 56,3 % urbain-centre.

Troisième critère :

Tous les CLSC sont francophones.

- Hôpitaux (9 retenus, 10 prévus)

Premier critère :

Nous avons assuré la représentation de plusieurs types d'hôpitaux : 1 de soins prolongés, 1 pédiatrique, 2 psychiatriques et 5 de courte durée.

Deuxième critère :

Les 2/3 de ces établissements se trouvaient en milieu urbain. Cinq étaient situés au centre de leur région, alors que 4 % étaient à sa périphérie.

Troisième critère :

Le critère de la taille n'a été retenu que dans le choix des hôpitaux des régions urbaines où nous tenions à ce que soit représenté au moins un petit établissement.

Les trois tableaux suivants présentent le résultat de la sélection des associations (tableau 1), des producteurs (tableau 2) et des représentants d'établissements (tableau 3).

Tableau 1

CARACTÉRISTIQUES DES 19 ASSOCIATIONS SÉLECTIONNÉES

	Rural	Urbain	Centre	Péri-phérie	Franco-phone	Anglo-phone	Multi-ethnique	Local	Rég.	Nat.	Mon Mixte	Mon mixte	Secteur Santé	Secteur S.S.	Secteur Les 2	Source R	Source HR
Hand. phy. et mentaux (5)	1	4	4	1	3	1	1	2	2	1	4	1	0	0	5	5	0
Pers. âgées (4)	1	3	3	1	3	1	0	4	0	0	3	1	0	1	3	4	0
Lié à un établissement (1)	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Santé mentale (2)	0	2	1	1	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	1	1
Multi eth. (1)	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Familles (3)	1	2	2	1	3	0	0	1	2	0	2	1	0	3	0	1	2
Jeunes (1)	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
Autres problématiques (2)	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	0	1	1	1	1
Total (19)	5	14	14	5	14	3	2	10	7	2	12	7	2	7	10	15	4

Tableau 2

CARACTÉRISTIQUES DES 43 ORGANISMES PRODUCTEURS DE SERVICES

	Rural	Urbain	Centre	Péri-phérie	Local	Rég.	Entraide		Services		Secteur			Source	
							Sou-tien	Di-rec.	Tra-di-tion.	Nou-veau	Santé	S.S.	Les 2	R	HR
Femmes (5)	1	4	4	1	4	1	0	0	0	5	1	4	0	2	3
Jeunes (5)	1	4	2	3	5	0	0	0	0	5	0	5	0	2	3
Alcool. (5)	2	3	3	2	4	1	1	4	0	0	0	1	4	0	5
Centre de bén. (5)	3	2	2	3	3	2	0	0	5	0	0	4	1	0	5
Maintien à dom. (4)	2	2	2	2	3	1	0	0	4	0	1	2	1	1	3
Santé ment. (3)	2	1	1	2	3	0	0	3	0	0	2	0	1	0	3
Parents enf. (4)	0	4	3	1	4	0	0	4	0	0	0	4	0	0	4
Hand. (3)	2	1	1	2	2	1	0	0	3	0	0	2	1	2	1
Santé (2)	1	1	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0
Déprimés (1)	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Autres (6)	1	5	2	4	6	0	0	1	0	5	0	4	2	4	2
Total (43)	15	28	22	21	37	6	1	13	12	17	4	26	13	13	30

Tableau 3
CARACTÉRISTIQUES DES 41 ÉTABLISSEMENTS

Catégorie d'établissement	Nombre d'établissements retenus	Rural	Urbain	Centre	Périphérie	Franco-phones	Anglo-phones
Centres d'accueil							
- de réadaptation pour jeunes	6	1	5	4	2	5	1
- de réadaptation pour handicapés	2	0	2	1	1	2	0
- Hébergement	3	2	1	1	2	3	0
Total	11						
CLSC							
- 1973-1975	9	4	5	5	4	9	0
- 1976-1983	2	1	1	1	1	2	0
- 1984-1985	5	2	3	3	2	5	0
Total	16						
Hôpitaux							
- Pédiatrique	1	0	1	1	0	1	0
- Psychiatrique	2	0	2	2	0	2	0
- CHCD	5	2	3	2	3	5	0
- CHSP	1	1	0	0	1	1	0
Total	9						
CSS							
- Centres urbains	2	Ne s'applique pas		2	0	2	0
- Zone périphérique	1	Ne s'applique pas		1	0	1	0
- Régions éloignées	2	Ne s'applique pas		2	0	2	0
Total	5						
TOTAL	41	13	23	25	16	40	1

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *L dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.